



**Escola Nacional de Saúde Pública
Universidade Nova de Lisboa**



V Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

**Balanced Scorecard como metodologia
utilizada no Planeamento Estratégico de um
Laboratório de Patologia Clínica**

**Orientador:
Professor Doutor Paulo Sousa**

**Telma Susana Milheiro Carrondo
Lisboa, 20 de Julho 2012**

Agradecimentos

À Professora Dr.^a Paula Lobato Faria, diretora do Curso Mestrado em Gestão da Saúde por todo o apoio prestado.

A todos os Professores que integraram o V CMGS pela transmissão e partilha de conhecimentos em várias vertentes, fazendo de mim uma pessoa mais rica a nível intelectual.

Ao meu orientador, Professor Dr. Paulo Sousa por todo o apoio prestado, pelas críticas, partilha de conhecimento e sugestões que contribuíram certamente para a melhoria deste trabalho de projeto.

Ao Professor Dr. Luís Graça pela disponibilidade e pela ajuda nas questões metodológicas.

À Dr.^a Isabel Andrade pela preciosa ajuda com a bibliografia. Aos técnicos da biblioteca pela ajuda e pela forma prestável com que atuam.

Às minhas colegas do V CMGS, especialmente à Elisabete, Elsa, Cristiana e Helena por todo o apoio e por terem tornado esta etapa muito mais fácil.

Ao Coordenador do Serviço de Patologia Clínica do Hospital referenciado neste trabalho pelas sugestões dadas que permitiram certamente enriquecer este trabalho.

Aos meus pais por todas as palavras de incentivo por sempre acreditarem em mim e por nunca me deixarem desistir de lutar pelos meus objetivos. Obrigado por terem feito de mim o que sou hoje.

Resumo

O título do presente trabalho de projeto é: *“Balanced Scorecard como metodologia utilizada no planeamento estratégico de um Laboratório de Patologia Clínica”*.

Atualmente a qualidade dos serviços prestados na área da saúde constitui uma questão que preocupa todos os stakeholders envolvidos.

Neste âmbito, a escolha desta temática prende-se com a necessidade urgente de mudança no sentido de melhorar a performance do Laboratório de Patologia Clínica. Melhorar a qualidade dos serviços prestados garantindo a eficiência e sustentabilidade do serviço constitui a grande máxima de qualquer organização.

Os objetivos deste trabalho de projeto são, entre outros: analisar as implicações da avaliação da qualidade de gestão utilizando o Balanced Scorecard como metodologia; destacar a importância do uso desta metodologia num Laboratório de Patologia Clínica no que diz respeito à melhoria da qualidade, da efetividade e da eficiência e apresentar uma proposta de aplicação desta metodologia a um serviço de Patologia Clínica.

A filosofia do Balanced Scorecard assenta em 4 perspetivas, financeira, dos clientes, dos processos internos e a perspetiva crescimento e aprendizagem, que funcionam de forma integrada permitindo uma avaliação da qualidade de gestão. Em cada uma destas perspetivas são definidos objetivos e indicadores que têm de funcionar de forma integrada estabelecendo relações causa-efeito entre elas. Qualquer falha decorrente de objetivos não atingidos numa das perspetivas origina o desequilíbrio de todo o sistema desencadeando desvios no percurso estratégico, no cumprimento da missão e da visão da organização.

A metodologia utilizada consiste essencialmente na recolha de dados resultantes da entrevista, pesquisa bibliográfica e análise documental do serviço de Patologia Clínica, que contribuíram para a elaboração de uma proposta de implementação.

A aplicação de um sistema de medição da qualidade é essencial e a metodologia Balanced Scorecard pode constituir uma ferramenta fundamental neste sentido, facilitando a gestão de organizações de saúde.

Palavras-chave: Balanced Scorecard, Gestão da Performance, Laboratório de Patologia Clínica

Abstract

The theme of this research project is: "Balanced Scorecard as a strategic planning methodology used in a Laboratory of Clinical Pathology."

Currently the quality of services in the area of health is a matter of concern to all stakeholders involved.

In this context, the choice of this theme relates to the urgent need for change to improve the performance of the Laboratory of Clinical Pathology. Improving the quality of services ensuring efficiency and sustainability of the service is the highest of any large organization.

The objectives of this research project are, among others: to analyze the implications of the evaluation of the quality management using the Balanced Scorecard as a methodology, highlight the importance of using this methodology in a laboratory of Clinical Pathology with respect to improving the quality, effectiveness and efficiency and present a proposal for application of this methodology in the service of Clinical Pathology.

The philosophy of the Balanced Scorecard is based on four prospects, financial perspective, customer perspective, internal processes perspective and learning and growth perspective, which work seamlessly allowing an assessment of management quality. In each of these perspectives are defined objectives and indicators that must work seamlessly establishing cause-effect relationships between them. Any failure resulting from goals not achieved in one of the imbalance originates prospects of the entire system triggering shifts in strategic route, in fulfilling the mission and vision of the organization.

The methodology used is essentially the collection of data from interviews, literature search and document analysis of the clinical pathology service, which contributed to the preparation of a proposal for implementation.

The application of a system of quality measurement is essential and the Balanced Scorecard methodology can be a key tool in this direction, facilitating the management of health organizations.

Keywords: Balanced Scorecard, Performance Management, Laboratory of Clinical Pathology.

Conteúdo

Conteúdo	2
INTRODUÇÃO	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico.....	6
1. Qualidade em Saúde.....	6
1.1 Importância da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade.....	6
1.2 Controlo de Qualidade em Laboratórios de Patologia Clínica.....	7
1.3. Certificação e/ou Acreditação em Laboratórios de Patologia Clínica	9
2. Medição e Gestão da performance nos Serviços Públicos	12
2.1 Medição da performance	12
2.3 Gestão da Performance	13
3. Estratégia	17
3.1 Etapas da Gestão Estratégica.....	19
4. Balanced Scorecard.....	21
4.1 Evolução do Balanced Scorecard	21
4.2 Filosofia do Balanced Scorecard	26
4.3 Conceitos fundamentais do Balanced Scorecard	34
4.4 Adaptação do Balanced Scorecard aos Serviços Públicos	39
4.4 Implementação do Balanced Scorecard	43
4.5 Mapas Estratégicos em Serviços Públicos	46
4.6 Casos práticos da implementação do Balanced Scorecard	49
4.6.1 Implementação do Balanced Scorecard no Hospital de Faro.....	49
4.6.2 Implementação do Balanced Scorecard em Laboratórios de Patologia Clínica ..	52
Capítulo II - Caracterização do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em Estudo	56
1. Atividade Assistencial	57
2. Produtividade do Serviço de Patologia Clínica	57
3. Sistemas de Controlo de Qualidade utilizados no Serviço de Patologia Clínica	61
4. Gestão do Risco	62
5. Políticas de Qualidade	63
6. Formação, Ensino e Investigação.....	66
Capítulo III – Metodologia	69
1. Tipo de Estudo	69
2. População-alvo e Amostra	70
3. Instrumentos de Recolha de dados	72

4. Delineamento da Investigação	75
5. Implicações Éticas	77
Capítulo IV – Conclusões.....	79
Bibliografia	82
Anexos	83

Lista de Figuras

Figura nº 1- Organograma da organização da norma 15189:2007.....	11
Figura nº 2- Sequência Lógica da Gestão da Performance.....	15
Figura nº 3- Perspetivas do Balanced Scorecard e a relação entre elas.....	23
Figura nº 4- Etapas da evolução do Balanced Scorecard.....	25
Figuranº5-Questões inerentes a cada uma das perspetivas do Balanced Scorecard.....	27
Figura nº6- Balanced Scorecard adaptado aos Serviços Públicos.....	41
Figura nº 7- Mapa Estratégico.....	48
Figura nº 8 – Mapa Estratégico de um Hospital Público – Urgência Pediátrica.....	90
Figura nº 9 - Mapa Estratégico do Serviço de Patologia Clínica.....	103

Lista de Quadros

Quadro nº1- Produtividade Total do Serviço de Patologia Clínica.....	58
Quadro nº2- Produtividade na Consulta Externa.....	59
Quadro nº3- Produtividade no Internamento.....	59
Quadro nº4-Produtividade no Hospital Dia.....	60
Quadro nº5- Produtividade no Serviço de Urgência.....	60
Quadro nº 6- Formação Planeada no ano 2011.....	96
Quadro nº7 -Perspetiva Cliente/Utente: Definição de objetivos.....	99
Quadro nº 8- Perspetiva Financeira: Definição de objetivos.....	100
Quadro nº9 – Perspetiva Processos Internos: Definição de objetivos.....	101
Quadro nº 10 – Perspetiva Aprendizagem e Crescimento: Definição de objetivos.....	102

Lista de Siglas

ABM- Activity Based Costing/Activity Bases Management

AEQ – Avaliação Externa da Qualidade

BSC – Balanced Scorecard

CHKS – Caspe Healthcare Knowledge Systems

CLIA – Clinical Laboratory Improvement

CQI – Controlo de Qualidade Interno

CRM – Customer Relationship Management

IQA – Inovação e Qualidade Assistida

ILAC – International Laboratory Accreditation Cooperation

IPAC – Instituto Português de Acreditação

MCDT – Meios complementares de diagnóstico e terapêutica

NEQAS – National External Quality Assessment Service

RIQAS- Randox International Quality Assessment Scheme

TDT – Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica

INTRODUÇÃO

No âmbito do V Mestrado de Gestão da Saúde 2009/2011 da Escola Nacional de Saúde Pública foi elaborado este trabalho de projeto cujo título é: **“Balanced Scorecard como metodologia utilizada no planeamento estratégico de um Laboratório de Patologia Clínica”**, tendo como objetivo a obtenção do grau Mestre em Gestão da Saúde, na vertente da Gestão das Organizações de Saúde.

Nos dias de hoje a preocupação por parte das organizações relativamente à qualidade dos serviços prestados é cada vez mais evidente e a necessidade de adotarem planos estratégicos para medição e gestão da performance de uma organização é uma prioridade. É urgente que em alturas em que os recursos vão sendo cada mais escassos todos os cidadãos, nomeadamente os gestores das organizações, sejam sensibilizados para a necessidade da mudança. É fundamental que a prestação de serviços seja feita de forma equitativa e sustentável não descurando a eficiência e acima de tudo a qualidade com que os serviços são prestados.

À semelhança de alguns países, ao longo dos últimos 20 anos, Portugal não se mostrou alheio à necessidade de mudança com objetivo de melhorar a qualidade dos serviços prestados, de forma a alterar positivamente o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos, os quais passaram a ser assumidos e tratados como verdadeiros clientes (Pinto, 2009). Contudo, a realidade é que continuam a existir problemas no funcionamento dos serviços públicos, nomeadamente, falhas de eficiência e de qualidade, existe uma elevada burocracia e uma grande dificuldade no acesso aos serviços provocando um elevado descontentamento dos cidadãos que recorrem a estes. A resolução desta situação é cada vez mais inadiável.

Por tudo isto, considero que é essencial recorrer a uma metodologia que permita delinear um plano estratégico muito bem definido visando a resolução dos problemas que se fazem sentir atualmente nos Serviços de Saúde. É fundamental medir os resultados obtidos alcançando a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados.

O Hospital em Estudo possui um Serviço de Patologia Clínica que fica muito aquém do que deveria ser pretendido numa boa gestão.

A elaboração deste trabalho visa compreender o funcionamento do Balanced Scorecard e prever o impacto que poderia ter quando implementado no Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo. Neste âmbito, foram definidos os objetivos deste trabalho de projeto.

✓ **Objetivos**

Os objetivos deste trabalho de projeto são:

- Analisar as implicações da avaliação da qualidade de gestão utilizando o Balanced Scorecard como metodologia;
- Definir objetivos e indicadores integrados em cada uma das 4 perspetivas do Balanced Scorecard preponderantes para o bom funcionamento do Laboratório de Patologia Clínica em estudo;
- Discutir as vantagens da elaboração de mapas estratégicos que visam a integração das 4 perspetivas do Balanced Scorecard (perspetiva financeira; clientes; processos internos; crescimento e aprendizagem) nas quais são fixados objetivos e indicadores que têm de funcionar de forma integrada estabelecendo relações causa-efeito entre todas as perspetivas;
- Destacar a importância do uso desta metodologia num laboratório de Patologia Clínica no que diz respeito à melhoria da qualidade, da efetividade e da eficiência;
- Apresentar uma proposta de aplicação desta metodologia no serviço de Patologia Clínica;

✓ **Definição da problemática**

A definição da problemática é fundamental para o arranque de um trabalho de projeto.

Fortin, 2009 refere que as duas grandes facetas da contraceptualização de um problema de investigação são a escolha do domínio de investigação e os elementos necessários à formulação do problema.

“O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse e em transpô-lo para uma questão que poderá ser estudada” (Fortin, 2009, p.59).

Neste estudo, o problema de investigação surgiu de uma profunda reflexão sobre o tema. Esta reflexão sobre o tema reporta ao facto do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital em questão precisar de uma grande reestruturação a muitos níveis sendo a qualidade um critério fundamental que consta na missão desta instituição.

A constante preocupação com a qualidade dos serviços prestados levou à implementação de várias metodologias que visam a medição da performance com vista à melhoria contínua. Atualmente a melhoria da performance de uma instituição constitui uma questão prioritária.

Neste âmbito, este estudo surge com o intuito de propor uma metodologia diferente da usada atualmente que contempla, como já foi referido, 4 perspetivas que estão na base do bom funcionamento de uma instituição caminhando no sentido de um Laboratório com mais qualidade e com uma relação positiva de custo-efetividade, incentivando à mudança.

A aplicação da metodologia do Balanced Scorecard na área da Saúde, como já foi referido, é algo relativamente recente e em serviços de Patologia Clínica especificamente é algo ainda não muito explorado como se pode constatar pela escassa bibliografia encontrada nesta área. Assim sendo, este estudo pretende responder a algumas questões inerentes à aplicação desta metodologia no Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo e dar a conhecer mais sobre o tema, definindo inclusivamente uma proposta de implementação.

Seguidamente estão discriminadas as questões que pretendo ver respondidas ao longo deste trabalho:

- Quais os objetivos e respetivos indicadores mais preponderantes em cada uma das perspetivas do Balanced Scorecard no Laboratório de Patologia Clínica?
- Quais as vantagens inerentes ao uso da metodologia Balanced Scorecard no Serviço de Patologia Clínica?
- A metodologia Balanced Scorecard proporciona uma melhor gestão da performance?
- Os custos associados a esta metodologia são compensadores face aos ganhos consequentes da sua aplicação?
- Qual a contribuição desta metodologia para o Serviço de Patologia Clínica em termos de qualidade, eficácia, eficiência e produtividade?

✓ **Estrutura do trabalho**

Este trabalho de projeto inicia-se com uma pequena introdução que pretende esclarecer qual a importância do tema escolhido para este trabalho de projeto, os objetivos do mesmo e onde se define a problemática. É portanto o ponto de partida para este trabalho de projeto. Em seguida destacam-se IV capítulos que constituem o grosso de todo o trabalho.

No primeiro capítulo é feito o enquadramento teórico deste trabalho, onde a partir de uma revisão da literatura são explicados todos os conceitos que envolvem esta temática. Este capítulo inicia-se com a Qualidade em Saúde que constitui um dos conceitos mais preponderantes em Saúde e que merece especial atenção.

No mesmo capítulo faz-se referência à importância da medição e gestão da performance nos serviços públicos e quais as metodologias utilizadas.

Um outro conceito abordado é a estratégia que constitui um conceito fundamental na gestão e melhoria da performance de uma organização.

Em seguida dá-se ênfase ao quarto ponto deste capítulo: Balanced Scorecard. O tema deste trabalho de projeto foca-se maioritariamente no uso desta metodologia e como tal é importante que se dê bastante relevância a este ponto.

Este capítulo inicia-se com uma breve explicação sobre a origem do Balanced Scorecard e sua evolução.

De seguida, faz-se referência às 4 perspetivas que fazem parte da filosofia da metodologia mencionada, de acordo com o estudo de Kaplan e Norton os seus verdadeiros percursores. Segue-se a explicação de todos os conceitos fundamentais desta metodologia de acordo com estes dois autores.

A implementação do Balanced Scorecard aos serviços públicos exige a sua adaptação no que diz respeito aos conceitos que o constituem, sendo também um tema abordado, bem como a construção de mapas estratégicos neste tipo de organizações.

Por fim, termino com alguns casos práticos da implementação do Balanced Scorecard, através de artigos que referem a implementação desta metodologia em Laboratórios de Patologia Clínica e também é descrita a perspetiva do membro da administração do Hospital de Faro sobre uma possível implementação do Balanced Scorecard.

O capítulo II descreve o Serviço de Patologia Clínica do Hospital referenciado, dando a conhecer as suas características no que diz respeito à sua atividade assistencial, à sua produtividade, ao sistema de controlo de Qualidade utilizado, gestão do risco, políticas de qualidade e formação.

No capítulo III é referido qual o tipo de estudo utilizado, a população-alvo e amostras selecionadas, qual o instrumento de recolha de dados, delineamento da investigação e implicações éticas.

Posto isto, no capítulo IV, o último capítulo deste trabalho de projeto são apresentadas as conclusões deste trabalho de projeto, avançando com uma proposta de implementação do Balanced Scorecard no Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo que é colocada em anexo.

Para terminar são referidas as limitações associadas a este trabalho de projeto e apresentadas sugestões para investigações futuras, com a consciência que muito há ainda a investigar a fim de chegar a resultados muitos mais fiáveis.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Qualidade em Saúde

1.1 Importância da implementação de Sistemas de Gestão da Qualidade

A qualidade em saúde constitui, atualmente, uma preocupação cada vez mais patente nas organizações de saúde.

Num momento em que os utentes estão cada vez mais exigentes em relação aos serviços prestados e num momento em que os recursos disponíveis são escassos, é fundamental apostar-se cada vez mais em sistemas de qualidade de modo a garantir a qualidade dos serviços e assegurar a melhor forma de distribuição dos recursos disponíveis.

“A qualidade em saúde é hoje uma exigência de todos os intervenientes do sistema de saúde: financiadores, prestadores, consumidores e público em geral, todos querem ter a garantia que o serviço prestado é o melhor que pode ser oferecido” (Coelho, 1998, p.1).

A implementação de um sistema de Qualidade que seja reconhecido nacional ou internacionalmente prestigia a organização e incentiva à melhoria contínua da Qualidade. Das iniciativas concretizadas sobressaem a acreditação e/ou certificação de serviços de saúde.

“Uma organização certificada tem ganhos significativos de competitividade e credibilidade. O mercado torna-se por isso mais acessível, os processos são otimizados, os resultados e indicadores da Qualidade são fomentados” (Portugal. IQA, 2003).

Um real compromisso com a Qualidade é uma forma de transformar a cultura de uma organização, hábitos e rotinas inadequadas são substituídos por regras e procedimentos harmonizados, monitorizados e continuamente melhorados.

A aposta num Sistema de Qualidade torna-se cada vez mais necessário uma vez que o utente está cada vez mais consciente e mais exigente em relação ao serviço que deseja usufruir.

A adoção de um Sistema de Gestão da Qualidade deve ser uma decisão estratégica e voluntária da organização. A conceção, planeamento e implementação do Sistema é influenciado por várias variáveis como a dimensão da empresa, o tipo de atividade, os processos empregues, etc. Não é

possível definir um caminho único, mas é possível definir a forma de o percorrer (Portugal. IQA, 2003).

1.2 Controlo de Qualidade em Laboratórios de Patologia Clínica

O controlo de qualidade constitui uma das mais importantes fontes de informação sobre o desempenho do laboratório e pode ser realizado numa perspetiva interna ou externa. O controlo de qualidade interno consiste em analisar amostras com concentrações conhecidas e comparar com os valores de referência através do uso de cartas controlo.

Por sua vez o controlo de qualidade externo consiste em analisar amostras com concentrações desconhecidas e enviar para o laboratório de referência onde são comparados os resultados obtidos a nível nacional. Existem vários programas de avaliação externa, entre eles destacam-se, NEQAS (National External Quality Assessment Service) e RIQAS (Randox Internacional Quality Assessment Scheme), sendo estes os mais utilizados em laboratórios de Patologia Clínica.

Lopes, no seu trabalho sobre acreditação de laboratórios realizado no IQA, destaca a importância da avaliação da qualidade em laboratórios através do controlo interno e controlo externo apresentando as vantagens da avaliação de qualidade externa (evidência de competências; melhoria contínua; promoção da confiança por parte das partes interessadas – pessoal do laboratório, utentes e pessoal clínico; importância na obtenção de um sistema de qualidade – acreditação/certificação).

Almeida, et al. (2006) revelam no seu artigo um conjunto de operações que visam o controlo de qualidade de um Laboratório de Análises Clínicas: utilização de padrões de controlo e materiais de referência; validação de métodos; ensaios replicados; verificações e calibrações periódicas dos equipamentos entre outros.

Howerton, et al. (2010) realizaram um estudo que teve como objetivo avaliar o desempenho dos testes de proficiência de hospitais e laboratórios independentes, entre 1994 a 2006, em comparação com todos os outros locais de teste. Este estudo foi realizado no contexto de em 1994 os laboratórios de Análises Clínicas serem obrigados, de acordo com os regulamentos de

execução da Clinical Laboratory Improvement (CLIA) a participarem em testes de proficiência. O sucesso de testes de proficiência contribuiu para a certificação da melhoria da qualidade dos laboratórios de modo a poder realizar testes em determinadas especialidades e de analitos específicos.

Este estudo mostrou uma melhoria na performance demonstrado pela redução gradual das falhas para testes de proficiência em 15 analitos comumente testados. Contudo, foi verificada uma diferença significativa no desempenho de testes de proficiência entre os dois grupos de laboratórios (hospitais e laboratórios independentes e outros locais de teste) no primeiro ano completo da execução de testes de proficiência da CLIA. A melhoria observada no desempenho dos testes de proficiência de laboratórios, tem importantes implicações positivas e relevantes para CLIA. Porque a intenção dos regulamentos CLIA era assegurar a precisão dos testes laboratoriais clínicos, independentemente do local de ensaio, o presente estudo demonstra que tem havido uma melhoria nos testes de desempenho, medido pelos testes de proficiência, desde a implementação do CLIA. Estes dados são consistentes com outros estudos que mostraram a melhoria do desempenho dos ensaios clínicos de laboratório relacionados com a participação em testes de proficiência.

Kailner (1998), revela no seu artigo que a avaliação de desempenho dos laboratórios de Análises Clínicas depende da utilização de testes funcionais baseados na medição de amostras conhecidas juntamente com as amostras dos pacientes desconhecidos comparando os resultados com valores de referência previamente estabelecidos e analisando a distribuição dos resultados, de modo a monitorizar e avaliar numa perspetiva de qualidade interna.

Em alguns países a avaliação externa da qualidade é conhecida como testes de proficiência, como é referido por Howerstonn, et al. no estudo anterior. Neste relatório é acentuada a importância dos laboratórios disporem de um controlo de qualidade externo numa abordagem de comparação interlaboratorial e descreve algumas características das normas de referência ISO, nomeadamente relativos a este aspeto de avaliação externa da qualidade.

No sentido de manter um melhor controlo da qualidade é importante a implementação de um sistema informático específico. É o caso do software MultiQC, este é um software de controlo da qualidade em Análises Clínicas que inclui algumas funcionalidades tais como, cartas de controlo, avaliação externa da qualidade, erro total admissível, índices de capacidade, histogramas, linearidade entre outros.

De acordo com a informação disponibilizada por IQA, com software MultiQC é possível controlar, a partir do computador todos os parâmetros e equipamentos do laboratório. Com importação automática dos dados de controlo e uma conceção intuitiva, o MultiQC é a melhor ferramenta disponível no mercado para a automatização dos processos de controlo da qualidade em análises clínicas, a nível nacional.

Howerton, et al. (2010) no seu estudo referencia a utilização de sistema informático que servia de suporte ao registo dos dados dos testes de proficiência, de 1994 a 2006. Estes autores reforçam a importância de sistemas de informação capazes de registar toda a informação referente à qualidade de um laboratório e deste modo servir como controlo.

1.3. Certificação e/ou Acreditação em Laboratórios de Patologia Clínica

A escolha da Acreditação ou Certificação de um laboratório de Análises Clínicas depende do que se pretende. Se a intenção da organização é evidenciar bons princípios de gestão da qualidade a certificação será a melhor escolha, se por outro lado o que se pretende é melhorar e evidenciar a competência dos métodos utilizados a escolha passa por um processo de acreditação.

A certificação de laboratórios de Análises Clínicas é a evidência de conformidade dada pelo cumprimento das normas ISO 9000. Esta constitui um conjunto de normas que formam um modelo de gestão da qualidade através de organismos de certificação. Estas normas descrevem os critérios que a organização tem de cumprir para obter a certificação e assim evidenciar bons princípios de gestão da qualidade.

A acreditação consiste no reconhecimento da competência técnica dos laboratórios, para a execução de determinados exames laboratoriais. Assim

sendo, um laboratório cujos seus ensaios são acreditados “... consiste num laboratório que comprovadamente possui os recursos humanos, equipamentos, métodos, instalações e procedimentos laboratoriais necessários para, “produzir” resultados que cumprem os requisitos dos clientes e os requisitos de boas práticas aplicáveis” (Portugal. IQA, 2003).

Um laboratório de Análises Clínicas para ser acreditado tem de possuir um certificado de acreditação (validade de 3 anos embora seja auditado anualmente) onde vem descrito o âmbito da acreditação. Em Portugal, o organismo responsável pela acreditação é o Instituto Português de Acreditação (IPAC).

“A acreditação de ensaios de análises clínicas corresponde a um reconhecimento independente da qualidade e competência técnica dos resultados” (Lopes, 2009, p.2).

No fundo consiste em obter o resultado exato, interpretado e transmitido corretamente, obtido em amostra representativa, num tempo clinicamente adequado e a um preço justo.

A acreditação de laboratórios de análises clínicas é conseguida pelo cumprimento dos requisitos e competências particulares para Laboratórios de Análises Clínicas mencionados na norma ISO 15189:2007 (interação de 2 normas: ISO 9000; ISO 17025).

Seguidamente vai ser esquematizado a organização da norma ISO 15189:2007

Figura nº. 1: Organograma da organização da norma 15189:2007



Fonte: Adaptado de Lopes, 2009, p.8

Um Laboratório de Patologia Clínica para cumprir os requisitos impostos na norma de referência necessita de realizar um conjunto de operações que visam o controlo da qualidade.

O Laboratório de Patologia Clínica do Hospital em questão está certificado regendo-se pelo cumprimento das normas ISO 9000. Contudo desde 2006 têm vindo a traçar um longo caminho em direção à acreditação do Laboratório de Patologia Clínica. Muito ainda há a fazer nesse sentido, nomeadamente a melhoria ao nível de espaço físico que constitui um critério bastante deficitário, atualmente e consequentemente a melhoria das condições de segurança e de conforto tanto para os profissionais como para os utentes.

2. Medição e Gestão da performance nos Serviços Públicos

2.1 Medição da performance

Desde muito cedo este conceito está implícito na gestão das organizações, nomeadamente nos serviços públicos e organizações sem fins lucrativos.

A medição assumiu, no final dos anos 80, um papel muito importante na gestão. Conseguir medir e expressar isso em números dá a informação necessária para que se consiga melhorar a prestação de serviços garantindo uma maior taxa de sucesso da organização, e consequentemente a melhoria da qualidade.

Qualquer serviço público e até mesmo organizações sem fins lucrativos têm a necessidade de medir, quer os recursos utilizados quer os resultados produzidos (número de funcionários, despesas com pessoal, produtividade, eficiência), de modo a que se obtenha informação relevante e clara sobre a performance da organização, influenciando a tomada de decisão do gestor caminhando para a obtenção de melhores resultados e da transparência.

Os resultados obtidos permitem causar impacto nas pessoas e nas organizações motivando-as à mudança.

“As taxas de imposto atingiram limites que não permitem mais aumentos, há que melhorar a eficiência na utilização de recursos. Neste contexto, o conceito de medição da performance representa uma resposta para os desafios que a generalidade dos serviços públicos enfrenta atualmente” (Pinto, 2009, p.103).

Osborne e Gaebler referem que a medição é imprescindível para avaliar o nível de resultados atingidos e determinar se a organização teve ou não sucesso:

“ O que se mede executa-se. Se não for possível medir resultados, não podemos saber se tivemos sucesso ou se falhámos. Se não temos a certeza do sucesso, não o podemos premiar. Se não premiarmos o sucesso, provavelmente acabamos por premiar as falhas. Se não temos sucesso, não podemos aprender com as boas práticas. Se, por outro lado, não reconhecermos as falhas, não as podemos corrigir. Mas, se conseguirmos demonstrar resultados, somos vencedores!” (Osborne e Gaebler, 1992,citado por Pinto, 2009, p.25).

Segundo Neely et al. (2002), o conceito de medição da performance consiste nos processos para quantificar a eficiência e a eficácia de ações passadas recorrendo a indicadores de performance. Estes são os instrumentos de medida que permitem obter os dados que serão depois tratados, analisados e interpretados obtendo-se a informação necessária para tomar decisões fundamentadas e desenvolver ações.

Nesta sequência, os indicadores selecionados para a medição da performance determinam a fiabilidade dos dados obtidos na medição, ou seja, se os indicadores escolhidos forem corretos é medido o pretendido e dá origem a mudanças de comportamento positivas culminando em resultados desejados. Se por outro lado os indicadores escolhidos não forem os corretos pode desencadear mudanças de comportamentos desadequados e resultados desviantes da missão da organização.

2.3 Gestão da Performance

A gestão da performance é um conceito que corresponde à adaptação para língua portuguesa do termo Corporate Performance Management. Este conceito não é recente sendo já usado há muitos anos na gestão das organizações a nível empresarial (Pinto, 2009).

De acordo com Cokins, G. (2004) a gestão da performance consiste na gestão do processo de execução da estratégia da organização, previamente delineada.

“A gestão da performance pode ser vista como um conjunto de melhorias sincronizadas para criarem valor de e para os clientes com o resultado de criação de valor (...)” (Cokins, G., 2009, p.15).

De facto, a gestão da performance integra todo o processo de medição da performance a partir de indicadores, avaliação, monitorização e revisão da performance, como anteriormente foi referido. Contudo a gestão da performance não se baseia unicamente na medição por si só, é necessário utilizar os outputs obtidos e dar-lhes o alinhamento pretendido, promovendo a motivação das pessoas e sensibilizando-as para a melhoria da performance no sentido da missão, visão e das prioridades estratégicas da organização (Pinto, 2009).

Um bom gestor da performance tem de ser capaz de dar a orientação certa aos seus colaboradores de modo a que as pessoas não encarem o sistema de gestão como um mecanismo de punir a baixa performance, que ocorre com alguma facilidade. Ou seja, o sucesso da implementação de qualquer sistema de gestão da performance está em dar ênfase aos resultados, na motivação dos colaboradores e no seu reconhecimento, inclusivamente através de prémios pela boa performance, na identificação das razões da baixa performance, na revisão das metas a atingir, procurando atingir a melhoria, sempre com o objetivo de ir ao encontro das prioridades da organização.

Como já foi referido a gestão da performance é um conceito que já é usado há muitos anos, contudo o grande pioneiro da abordagem da performance baseada numa visão mais ampla, que integra não só os valores tangíveis como valores intangíveis conciliando perspetivas de curto e longo prazo foi Ralph Cordiner, CEO da General Electric, em 1951. Este criou um grupo de trabalho para identificar indicadores chave da performance, tendo sido identificados os seguintes: rentabilidade, quota de mercado, atitudes dos empregados, responsabilidade social e equilíbrio entre metas a curto e longo prazo conforme refere Robert Eccles (1991).

Ralph Cordiner conseguiu provar que o sucesso de qualquer sistema de gestão da performance implementado não pode utilizar como instrumentos de medição unicamente indicadores financeiros.

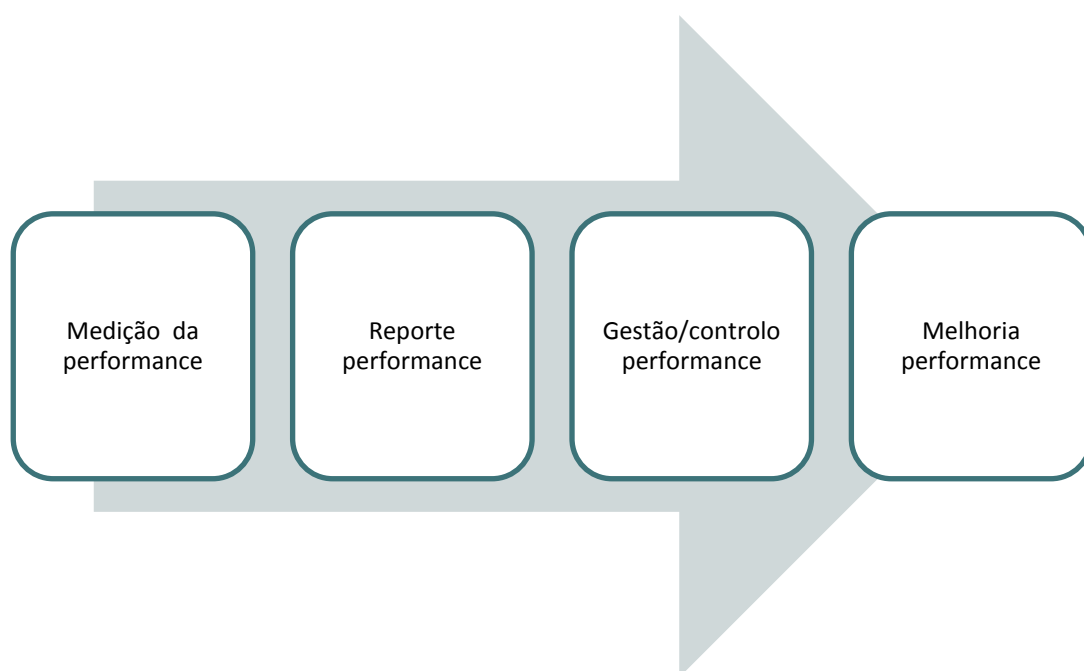
No artigo de Robert Eccles (1991) este refere que, durante os anos 80 muitas organizações passaram a ter um elevado grau de insucesso, muitas delas até com bons registos financeiros, isto por questões relacionadas com a qualidade, com a satisfação dos clientes e competição global. Segundo, Robert Eccles é fundamental mudar-se a filosofia de medição que deve ser encarada como um processo contínuo e evolutivo de modo a garantir a melhoria da performance num futuro próximo.

De facto, nos serviços públicos, ao longo dos últimos 20 anos em diversos países, foram desenvolvidas novas metodologias, instrumentos de medida, novas ideias, práticas e novas filosofias de gestão, com o objetivo de criar mais valor para os cidadãos, ou seja melhorar a performance. Contudo, a implementação de sistemas de gestão da performance que sejam capazes de

produzir efetivamente resultados nos serviços públicos é uma tarefa complicada que exige um grande esforço por parte de todos os colaboradores e um trabalho de consciencialização de mudança.

Assim sendo, na implementação de um sistema de gestão da performance há uma sequência lógica que é seguida (Figura nº 2).

Figura nº 2: Sequência Lógica da Gestão da Performance



Fonte: Adaptado de Pinto, 2009, p.29

De acordo com o organograma, cada uma destas etapas integra um conjunto de ações que quando atingidas eficazmente conduz a organização à fase seguinte.

Resumidamente a sequência lógica da gestão da performance inicia-se com a medição da performance, recorrendo ao uso de determinados indicadores. A informação recolhida é posteriormente reportada para níveis adequados de decisão definidos por cada organização. Esta segunda etapa traduz-se num aumento da transparência e no conhecimento real da performance. Posto isto, estão criadas as condições para se avançar para a terceira etapa – gestão e controlo da performance.

A gestão/controlo da performance não constitui um fim em si mesmo, esta etapa é o passo intermédio que incentiva a tomada de decisão, desenvolvendo-

se um conjunto de ações de melhoria, que conduzem ao alinhamento da organização no sentido do plano estratégico com o objetivo de melhorar a performance.

Esta sequência lógica só é possível ser concretizada eficazmente se as organizações se apoiarem em 4 pilares fundamentais: pessoas, competências, infraestruturas e processos. São as pessoas que dotadas de grande competência e conhecimentos que constituem a base do sistema, contudo, não menos importante, são os processos e infraestruturas que tudo alinhado conduz à produção de melhorias. Gerir a performance recorrendo a esta sequência lógica garante a produção de melhores resultados (Pinto, 2009).

Segundo Cokins (2004) a gestão da performance constitui um sistema integrado composto por um conjunto de processos, metodologias e soluções.

Também o ministério das finanças da Finlândia avançou com uma definição de gestão da performance:

“ Gestão da Performance é um modelo de controlo interativo baseado num contrato. A sua filosofia nuclear consiste, em termos operacionais, na capacidade das partes contratantes encontrarem o equilíbrio adequado entre os recursos disponíveis e os resultados a obter através desses recursos. A ideia base da gestão da performance operacional é equilibrar, da melhor forma possível, recursos e metas a atingir com eficiência e qualidade, procurando assegurar que os impactos finais desejados são atingidos com eficiência e economia” (Finland. Ministry of Finance, 2006, p.7).

Atualmente, a implementação de um sistema de gestão da performance implica um forte suporte tecnológico, na medida em que para gerir a performance é necessário a recolha, tratamento, integração e análise de dados, visando produzir informação e conhecimento necessários à tomada de decisão com intuito de melhorar a performance da organização.

De facto, nos dias de hoje a preocupação pela melhoria da qualidade tornou-se uma prioridade, tendo-se investido nesse sentido. O grande objetivo das organizações consiste em alinhar as atividades operacionais com a estratégia, contudo devido a alguns problemas intrínsecos às organizações há ainda um conjunto de objetivos que não são atingidos, muito há ainda a melhorar.

Seguidamente são apresentadas algumas metodologias utilizadas na medição da performance:

- Sistemas de medição e indicadores de natureza contabilística ou financeira;
- ABM/ABC (Activity Based Costing/Activity Based Management);
- Sistemas de Gestão e Certificação da Qualidade, tal como ISO 9001;
- BSC (Balanced Scorecard)
- Six Sigma;
- CRM (Customer Relationship Management);
- Sistemas de Gestão Estratégica do Capital Humano;

Neste trabalho de projeto é dada especial relevância ao Balanced Scorecard, como metodologia utilizada no planeamento estratégico de um Laboratório de Patologia Clínica.

3. Estratégia

A estratégia constitui um conceito fundamental na gestão e melhoria da performance de uma organização.

O conceito de estratégia tem evoluído ao longo do tempo, à medida que se avança para uma sociedade do conhecimento, cada vez mais preocupada com as melhorias dos resultados, este conceito começou a ter um impacto muito significativo nos gestores de uma organização.

Este conceito assume um conjunto de definições que convergem em alguns aspetos mas o conteúdo e o planeamento da estratégia assumem abordagens diferentes conforme é concebida a organização e é entendido o seu funcionamento. Como afirma Hambrick (1983), a estratégia é um conceito multidimensional e situacional e isso dificulta uma definição de consenso.

Contudo, para os gestores que definem e implementam estratégias nas organizações, a definição rigorosa deste conceito é o primeiro passo para o sucesso da gestão da performance e consequentemente para a melhoria dos resultados da organização.

Devido às constantes mudanças do meio envolvente à organização a estratégia implementada nem sempre coincide com a estratégia pretendida, constituindo um processo contínuo de gestão, planeamento e execução que

impulsionam a mudança de modo a conseguir melhores resultados e ir ao encontro dos objetivos da organização.

Assim sendo, a gestão estratégica necessita de realizar uma monitorização contínua dos resultados da organização, para executar as constantes adaptações à organização, mostrando-se flexível e criativa de modo a conseguir superar certos constrangimentos, tal como o conhecimento limitado sobre o contexto global em que a organização atua e o controlo limitado sobre as pessoas que fazem parte da organização sendo difícil fazer com que estas estejam alinhadas com as decisões e objetivos definidos pelos gestores.

A estratégia tem sido o tema mais discutido por gestores, consultores e teóricos da área de gestão, nomeadamente das organizações de saúde. Devido à complexidade das empresas e organizações, é compreensível que existam grandes discussões sobre qual será a estratégia que apresenta melhores resultados e que vincula um contributo mais valioso. Num artigo de 1992 da Harvard Business Review, Gary Hamel e C.K. Prahalad, professores da London Business School e da Universidade de Michigan, revolucionaram as teorias existentes com o pressuposto de que a verdadeira função da estratégia de uma empresa não é a de fazer coincidir os seus recursos com as oportunidades que surgem, mas sim estabelecer objetivos que aumentem as capacidades das empresas e das organizações (The Economist, 1998 citado por Pinto, 2009).

No que diz respeito à temática da estratégia, uma das máximas defendida pelos grandes peritos, e que se tem perpetuado de forma transversal ao longo dos tempos, é a célebre frase que diz que “o cliente tem sempre razão”. Contudo, em alguns períodos da história, esta máxima nem sempre esteve presente. Atualmente, há uma crescente preocupação em oferecer ao(s) cliente(s) produtos e serviços com qualidade e adaptados às suas necessidades, preferências e expectativas, constituindo, assim, um fator crítico de sucesso.

Certo e Peter, 1993, citados por Parreira, 2005 referem que a administração estratégica é um processo contínuo e interativo, mantendo a organização perfeitamente integrada no seu ambiente. Esta definição contempla a visão para o exterior da organização.

Por outro lado, Porter, 1996, citado por Parreira, 2005 define estratégia como um processo que envolve um conjunto de diferentes atividades, colocando a organização numa posição única e valiosa.

Todas as empresas e organizações devem definir e estabelecer planos estratégicos que permitam alcançar os seus objetivos gerais. O planeamento estratégico pode definir-se como um *“processo mediante o qual uma organização visualiza o seu futuro e formula estratégias especiais de qualidade, através de planos para chegar a este futuro”* (Imperatori, 1999, p.260).

3.1 Etapas da Gestão Estratégica

A gestão estratégica assenta em 5 etapas fundamentais:

3.1.1 Reflexão/pensamento estratégico

Constitui a origem do processo de gestão estratégica e da sua renovação, centrada na reflexão por parte dos colaboradores da organização e nas suas contribuições criativas e intuitivas, resultando num conjunto de visões, questões e soluções relativas à atuação da organização (Godinho, 2009).

3.1.2 Gestão da estratégia

Processo contínuo e dinâmico de planeamento, organização, liderança e controlo, através do qual as organizações determinam o caminho a traçar, ajustado à imprevisibilidade do meio envolvente e, especificamente, às necessidades dos clientes; é constituído pelas atividades de reflexão, análise, formulação, implementação, controlo e feedback ou retroação da informação (Godinho, 2009).

3.1.3 Planeamento estratégico

Documentação onde se sintetiza a reflexão estratégica da organização e onde se definem, com clareza, a sua estratégia, missão e objetivos (Godinho, 2009).

3.1.4 Implementação estratégica

Para a implementação de um modelo de gestão estratégica conducente ao sucesso da organização é necessário assegurar o envolvimento, empenho e determinação da gestão de topo e das chefias operacionais; promover um clima motivador, participativo e favorável à mudança, estimulando as contribuições e criativas individuais ou coletivas para o desempenho organizacional; adequar a formação e o sistema de comunicação; garantir a obtenção e disseminação da informação relevante para suportar as orientações estratégicas; definir o calendário para o desenvolvimento do processo; simplificar e flexibilizar o processo para uma rápida adaptação às alterações; entender o processo como um meio e não um fim para a obtenção e sustentação de vantagens competitivas (Godinho, 2009).

3.1.5 Controlo Estratégico

Etapas do processo administrativo que mede e avalia o desempenho dos elementos executores. É um processo essencialmente regulador, ou seja, mede e corrige o desempenho, para assegurar a realização de objetivos e planos estabelecidos nas etapas anteriores. Pode ser considerado como:

Estratégico: Decidido a nível institucional, refere-se geralmente a aspetos globais, orientado a longo prazo e abrange a empresa como um todo;

Tático: Orientado a médio prazo, aborda de forma individualizada cada unidade da empresa. É uma decisão de nível intermédio, com estabelecimento de padrões e acompanhamento dos resultados, para uma posterior comparação. Tem como principal finalidade identificar desvios e proceder às ações corretivas necessárias;

Operacional: Atua ao nível das tarefas e das funções a desempenhar. Sendo orientado para o curto prazo, o objetivo reside nas ações a serem executadas no momento, no imediato.

4. Balanced Scorecard

4.1 Evolução do Balanced Scorecard

O Balanced Scorecard surgiu em 1992 como resultado de um estudo realizado em diversas empresas por Robert Kaplan e David Norton intitulado como “The Balanced Scorecard – measures that drive performance”. Este estudo defende que as tradicionais medidas financeiras podem fornecer indicações enganosas sobre a melhoria contínua e inovação e ainda que estas medidas estavam desajustadas das competências que as empresas necessitavam atualmente. Estes autores defendem que o uso de medidas financeiras por si só não são suficientes para uma boa gestão da performance e como tal são da opinião que o ideal será a utilização combinada de indicadores financeiros através dos quais avaliam valores tangíveis com outros indicadores que avaliem também valores intangíveis. Ou seja os indicadores financeiros, que durante muito tempo foram os únicos a serem utilizados como indicadores de performance deixaram de fazer sentido isoladamente, é necessário ir mais além complementando com outros indicadores que permitam obter informação mais completa acerca da performance de uma empresa.

O Balanced Scorecard surge no contexto da mudança que se fez sentir no mundo global dos negócios iniciada nos anos 80, continuou-se a desenvolver nos anos 90 e entrou ativamente neste século XXI.

A grande mudança que se fez sentir no mundo empresarial assenta fundamentalmente na relação entre valores tangíveis e intangíveis que foi tendo maior impacto ao longo dos anos. Atualmente a relação entre estes valores assume um papel fundamental quando se pretende avaliar uma organização (Pinto, 2009).

O Balanced Scorecard, criado em 1992 acompanhou toda esta mudança organizacional e integrou a evolução do conceito de gestão da performance. Esta metodologia, ao longo dos tempos foi sendo implementada em várias organizações do mundo inteiro promovendo o conhecimento partilhado entre implementadores, consultores, criadores de software e académicos culminando na evolução dos conceitos fundamentais associados ao Balanced Scorecard de forma quase natural.

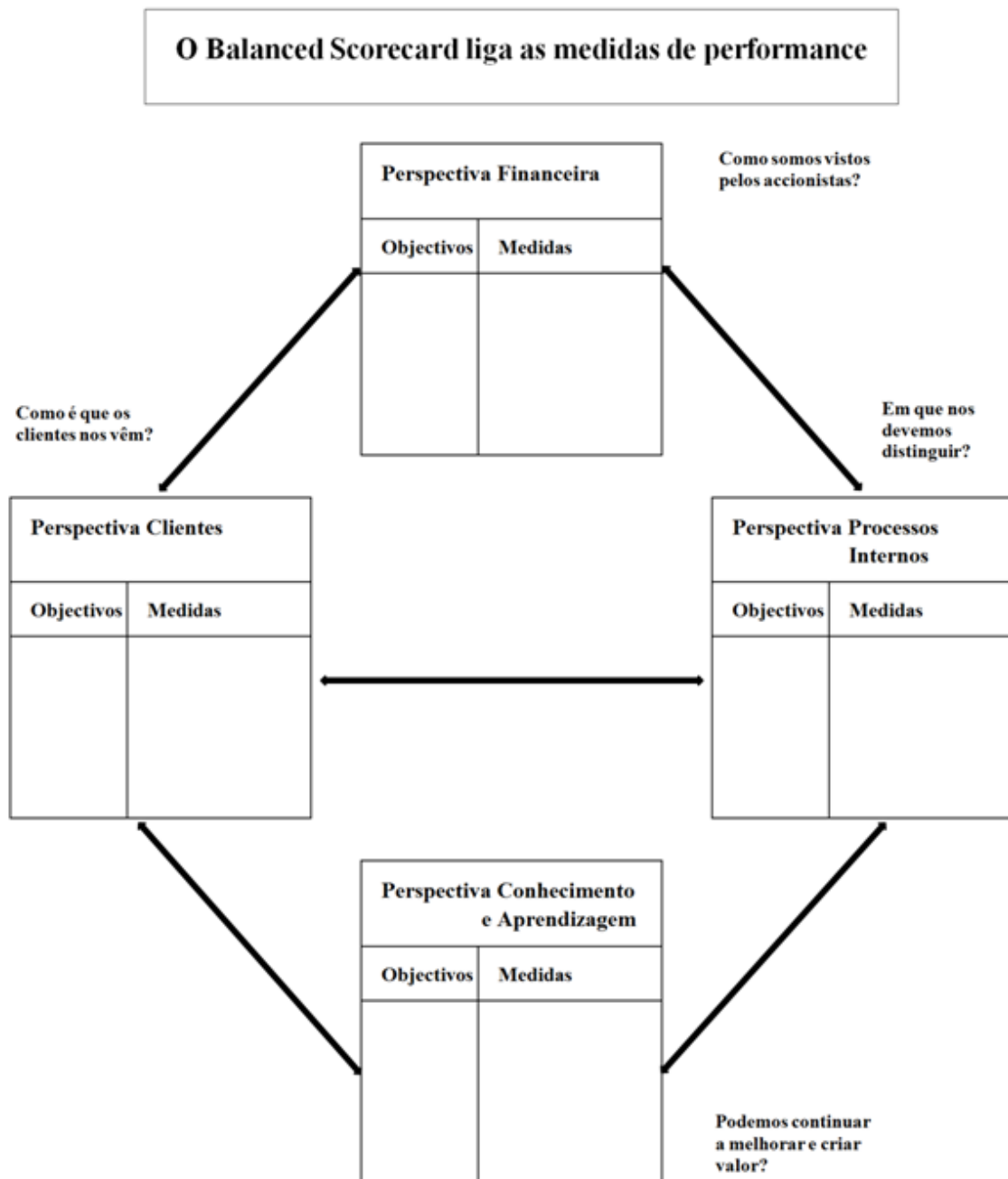
Os grandes pioneiros desta metodologia foram Robert Kaplan e David Norton. Estes autores demonstraram a evolução do Balanced Scorecard através da evolução sequencial das práticas e conceitos apresentados nos quatro livros e vários artigos publicados, nomeadamente na Revista Harvard Business Review. Estes textos complementados com seminários e conferências realizados no mundo inteiro, os autores têm divulgado os conhecimentos e as diferentes abordagens seguidas pelas organizações aquando a implementação do Balanced Scorecard como também a sua evolução ao longo dos anos.

O primeiro artigo publicado em 1992 na Revista Business Review, como já foi referido, representa a origem do Balanced Scorecard. Este artigo tem por base um estudo realizado durante um ano a diversas empresas, cujos gestores de topo reconhecem a falha da utilização de apenas indicadores financeiros na medição da performance de uma organização.

A versão inicial do Balanced Scorecard apresenta quatro perspetivas: perspetiva financeira, clientes, processos e conhecimento e aprendizagem. Em cada uma destas perspetivas eram fixados objetivos, metas e indicadores com ligações entre todas elas.

Na versão inicial do Balanced Scorecard era dado especial ênfase aos valores intangíveis para além dos financeiros, criando um novo conceito de medição, possibilitando às empresas visionarem as suas estratégias a longo prazo, articulando-as com as decisões a curto prazo. Assim sendo, para além da informação histórica de natureza financeira era necessário medir valores intangíveis equilibrando (balanceando) os indicadores financeiros com os não financeiros (Pinto, 2009). A figura nº 3 seguidamente apresentada mostra essa relação entre as quatro perspetivas que constituem o Balanced Scorecard.

Figura nº 3 – Perspetivas do Balanced Scorecard e a relação entre elas



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 1992, p.72

Em 1993, os mesmos autores publicaram um novo artigo na Revista Harvard Business Review, intitulado de “Putting the Balanced Scorecard to Work” que vem reforçar ainda mais as potencialidades do Balanced Scorecard, após diversas empresas já terem iniciado o processo de implementação.

Kaplan e Norton neste artigo afirmam que o Balanced Scorecard é muito mais que um exercício de medição, é um sistema de gestão capaz de contribuir para melhorias profundas em áreas críticas.

O segundo artigo publicado em 1993 reflete os primeiros resultados da implementação do Balanced Scorecard em várias organizações, evidenciando que o modelo proposto tem muito mais potencialidades do que o modelo inicialmente proposto direcionado essencialmente para o sistema de medição da performance. O Balanced Scorecard começa, a partir desta altura, a ser visto como um verdadeiro Sistema de Gestão.

No artigo publicado pelos autores Kaplan e Norton, em 1996, estes referem a experiência de algumas organizações que implementaram o Balanced Scorecard colocando a estratégia como figura central.

Inicialmente o BSC foi proposto como um instrumento de medição de desempenho, mas à medida que as suas potencialidades se tornaram evidentes, esta ideia rapidamente evoluiu para um sistema de gestão da performance.

De facto, o Balanced Scorecard passou a ser uma metodologia de gestão muito utilizada em diversos tipos de organizações devido às suas potencialidades reconhecidas mundialmente. Inclusivamente, na revista Harvard Business Review, foi classificado como uma das setenta e cinco melhores ideias de gestão do século XX (Pinto, 2009).

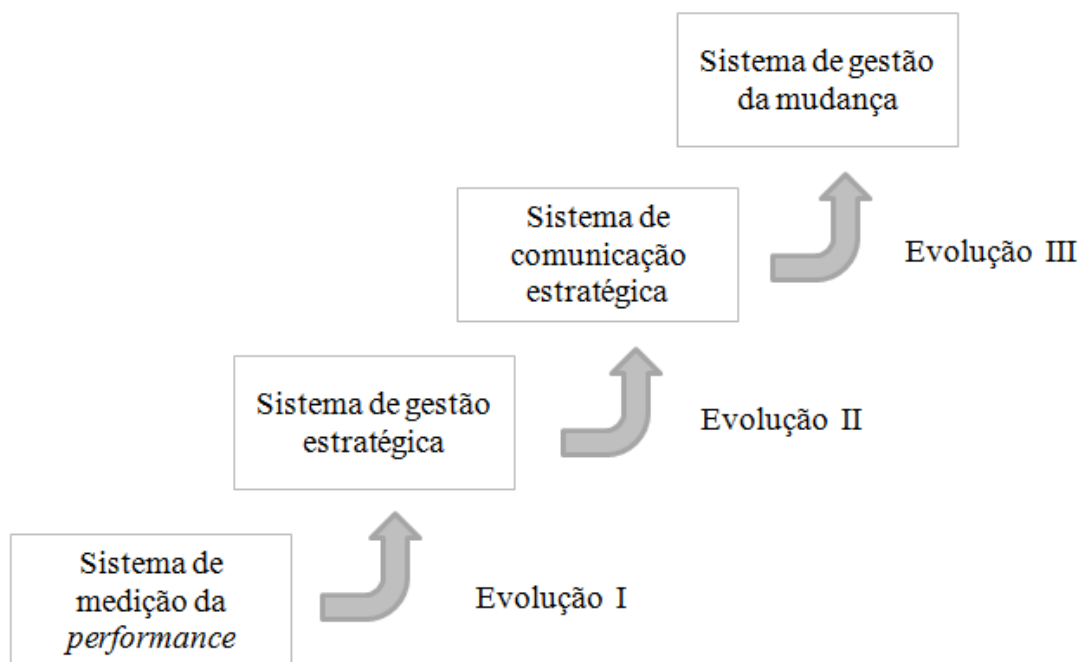
Neste sentido, o Balanced Scorecard é atualmente considerado como uma poderosa ferramenta de gestão estratégica, testada ao longo de vários anos, nas mais diversas organizações.

O Balanced Scorecard era, inicialmente, um sistema de medição da performance que evoluiu para um sistema de medição e de gestão da performance que, com o apoio de mapas estratégicos, dá particular ênfase à estratégia organizacional.

De acordo com Pinto, 2009 a evolução do Balanced Scorecard pode ser caracterizada em quatro patamares: sistema de medição da performance, sistema de gestão estratégica, sistema de comunicação da estratégia e metodologia de apoio à gestão da mudança.

Seguidamente, na figura nº 4 estão representadas as etapas de evolução do Balanced Scorecard. Este inicialmente constitui um sistema de medição da performance e termina como um verdadeiro sistema de gestão da mudança visando o sucesso da estratégia implementada e consequentemente caminhando no sentido da visão da organização.

Figura nº 4 – Etapas da evolução do Balanced Scorecard



Fonte: Pinto, 2009, p. 95

O Balanced Scorecard evoluiu de um simples sistema de medição da performance para um sistema de gestão estratégica, de acordo com o que foi referido anteriormente. Nesta fase o Balanced Scorecard teve a sua primeira evolução.

A segunda evolução do Balanced Scorecard consiste na comunicação da estratégia, que se mostrou um facto preponderante para o sucesso de um sistema de gestão estratégica.

No terceiro livro publicado por Kaplan e Norton, em 2004 está representado o desenvolvimento de mapas estratégicos que permitem descrever a estratégia a implementar de forma clara e sintética.

“A importância dos mapas da estratégia no processo de comunicação e envolvimento da organização é tão forte, que a sua criação caracterizou um novo passo na evolução do Balanced Scorecard – um instrumento de comunicação da estratégia” (Pinto, 2009, p.78).

A terceira evolução do Balanced Scorecard está relacionada com a gestão da mudança. Ao longo do tempo o Balanced Scorecard mostrou o seu grande potencial na gestão da mudança nas organizações que o implementam.

Em 2006, no quarto livro de Kaplan e Norton, estes referem o conceito de alinhamento como sendo crucial na criação de valor. A questão do alinhamento prende-se com a necessidade de interligar os diversos níveis da organização, relacionando as diferentes perspetivas que constituem o Balanced Scorecard. Este facto obriga à mudança que tem de ser gerida pela organização.

“Quando a empresa alinha as atividades das suas unidades de negócio dispersas, é criada uma fonte adicional de valor que nós chamamos enterprise-derived value” (Kaplan e Norton, 2006, p.5).

“Concretizar o alinhamento determina obrigatoriamente que haja mudança. A mudança tem de ser gerida e o Balanced Scorecard tem dado provas de ser um bom facilitador nesse processo” (Pinto, 2009, p.96).

4.2 Filosofia do Balanced Scorecard

A filosofia do Balanced Scorecard assenta numa visão global da estratégia das organizações que a implementam e é sustentada por quatro perspetivas: financeira, clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento.

Em cada uma destas perspetivas são fixados objetivos e indicadores que têm de funcionar de forma integrada (balanceada) estabelecendo relações causa-efeito entre todas as perspetivas (Pinto, 2009).

Objetivos não atingidos numa das perspetivas comprometem a eficiência do sistema de gestão, provocando o desequilíbrio do Balanced Scorecard e consequentemente desvios no percurso estratégico, no cumprimento da missão e da visão da organização.

A diferença do Balanced Scorecard em relação a outros sistemas de gestão é que o Balanced Scorecard organiza os objetivos e indicadores em quatro perspetivas diferenciadas (Santos, 2006).

Na figura nº 5 está representada a filosofia do Balanced Scorecard, estando a visão estratégica no centro do Balanced Scorecard. Nesta figura estão patentes as quatro perspetivas que procuram responder às seguintes questões.

Figura nº 5 – Questões inerentes a cada uma das perspetivas do Balanced Scorecard



Fonte: Adaptado Pinto, 2009, p.39

4.2.1 Perspetiva Financeira

De acordo com o que se pode observar na figura anterior a perspetiva financeira procura responder à questão “como deveremos ser vistos pelos nossos investidores?”.

No artigo publicado por Kaplan e Norton, 1992, estes referem que as medidas de desempenho financeiro indicam se a estratégia da empresa, a sua efetividade e execução contribuem para a melhoria da performance da

organização. As metas financeiras estão relacionadas com crescimento, rentabilidade e criação de valor para a empresa.

O artigo publicado em 1992, foi baseado num estudo feito durante 1 ano a 12 empresas. As empresas envolvidas no estudo admitem que a medição da performance recorrendo unicamente a indicadores financeiros torna-se insuficiente para um bom sistema de gestão da performance. Argumentam ainda que as condições de concorrência mudaram e que as medidas financeiras tradicionais não melhoraram a satisfação do cliente, qualidade e motivação dos funcionários. O desempenho financeiro é o resultado de ações operacionais e o sucesso financeiro deve ser a consequência lógica de um bom sistema de gestão.

No sector privado a perspetiva financeira é colocada no topo do Balanced Scorecard, uma vez que em organizações privadas os objetivos de lucro, produtividade e rentabilidade são fundamentais para o sucesso de uma organização. No sector público ou em organizações sem fins lucrativos a perspetiva financeira tem uma abordagem diferente, como vai ser referido mais à frente.

Os resultados financeiros foram durante muito tempo a única forma de medir a performance de uma organização. O Balanced Scorecard procura enquadrar os objetivos financeiros através da interação com as outras perspetivas, facilitando os gestores na identificação de quais as perspetivas em que devem atuar num dado momento, no sentido de se atingir os objetivos financeiros (Kaplan e Norton, 1996).

De acordo com os autores Kaplan e Norton, os objetivos financeiros são classificados em crescimento da receita, melhoria da produtividade, redução de custos, utilização de ativos e gestão de riscos.

Nesta perspetiva são definidos objetivos que são medidos a partir de indicadores financeiros, que contribuem para a concretização desses mesmos objetivos. Qualquer falha nesta perspetiva como em todas as outras e a não interligação com as outras perspetivas compromete o sucesso da implementação da estratégia e todo o processo de gestão da organização.

4.2.2 Perspetiva Clientes

A perspetiva clientes procura responder à questão “como devemos ser vistos pelos nossos clientes?”.

Neste sentido são definidos objetivos e metas que visam prioritariamente a satisfação dos clientes.

De acordo com Pinto, 2009 as metas nesta perspetiva serão fixadas apenas depois de serem respondidas a algumas questões nomeadamente: Qual o nosso mercado alvo?; Quem são os nossos clientes?; Com quem temos de competir para conseguir clientes?; Se a nossa organização deixar de existir, quem sentirá a nossa falta? O que farão os nossos clientes atuais?

Nesta perspetiva a satisfação dos clientes é fundamental, obrigando a organização a ter uma resposta sempre atual relativamente ao que os clientes valorizam. De facto, os clientes de hoje poderão não ser os clientes que a organização pretende ter no futuro, além disso as preferências dos clientes também mudam, os produtos e serviços que os clientes adquirem hoje poderão não se justificar num futuro próximo.

Assim sendo, esta perspetiva pressupõe a definição de objetivos e metas indo ao encontro das necessidades dos clientes atuais da organização, constituindo um processo dinâmico na medida em que é necessário que a organização tenha consciência das preferências dos seus clientes a todo o momento.

O cliente assume uma das principais prioridades da gestão das organizações, tendo estas a preocupação de criar propostas de valor diferentes para segmentos diferentes de clientes. A proposta de valor pode ser definida como sendo o resultado emocional, físico ou simbólico obtido por um cliente (pessoa ou organização) a partir da compra de um produto ou serviço por determinado preço (Pinto, 2009).

No artigo publicado na revista Harvard Business Review, por Michael Treacy e Fred Wiersema, citado por Pinto, 2009 a proposta de valor adquire 3 abordagens diferentes:

- “Excelência operativa: originando produtos de baixo preço;
- Liderança no produto ou serviço: traduzida na inovação contínua;

- Proximidade do cliente: soluções únicas para satisfazer necessidades específicas dos clientes; criação de relacionamentos duradouros, atentos à evolução das necessidades do cliente;” (citado por Pinto, 2009, p.42)

Na perspetiva clientes são habitualmente definidos objetivos que se traduzem em capacidade de captação (quota mercado), satisfação, retenção, fidelização e rentabilidade dos clientes. Estes objetivos são definidos de acordo com alguns pressupostos acerca dos clientes nomeadamente as suas preferências, as suas características como clientes, o seu relacionamento com a organização e o valor criado no cliente.

A seleção de objetivos e medidas com base em três classes de atributos: produto e serviço (funcionalidade, qualidade e preço), relação com o cliente (qualidade da experiência de compra, qualidade do relacionamento pessoal), e imagem e reputação, permitem que a organização formule uma proposta de valor aos clientes alvo definidos.

Atualmente com o desenvolvimento tecnológico que se tem vindo a sentir ao longo dos anos, vem facilitar o contato e interação entre clientes e organizações fornecedoras de bens e serviços, sendo a gestão dos clientes fundamental para o sucesso da implementação da estratégia definida pela organização.

Visto a perspetiva clientes assumir elevada importância no sucesso da organização torna-se necessário definir uma estratégia para gerir os clientes de uma organização.

O artigo “Putting Customer Understanding at the Heart Of Your Strategy” publicado por Kaplan e Norton, refere que o Balanced Scorecard pode facilitar a criação dessa estratégia através de quatro processos:

- “Começar por identificar o impacto originado pela proposta de valor ao cliente nos custos e proveitos;
- Identificar com grande detalhe os processos que contribuem para criar valor;
- Desenvolver sistemas de informação que permitam analisar e balancear deferentes visões do cliente: a visão inside-out e outside-in;
- Acelerar o ciclo do planeamento” (citado por Pinto, 2009, p.43)

O conceito insite-out está relacionado com indicadores que medem a eficácia dos processos que suportam a proposta de valor para o cliente, em termos de custo e rapidez. O conceito outsider-in está relacionado com indicadores que medem a perceção e atitude do cliente face à proposta de valor. Desta forma torna-se possível interligar, balancear as duas visões da organização, a interna e a externa.

4.2.3 Perspetiva Processos Internos

A perspetiva processos internos procura responder à questão “em que processos temos que ser excelentes?”.

O insucesso de uma organização não está muitas vezes em ter uma estratégia errada, mas sim nas falhas dos métodos e processos cruciais que rodeiam a estratégia. O Balanced Scorecard, com esta perspetiva procura resolver este problema que é frequente ocorrer nas organizações.

Cada organização tem os seus próprios procedimentos, culturas e processos internos que constituem a sua cadeia de valor específica.

A proposta de valor definida para os clientes é criada a partir dos processos internos de cada organização de forma eficaz e eficiente. Contudo, por vezes existem falhas nos processos internos de cada organização devido a comportamentos e hábitos intrínsecos à própria organização comprometendo as metas fixadas nas perspetivas financeira e clientes e consequentemente a eficiência de todo o processo.

Esta perspetiva do Balanced Scorecard vem facilitar a resolução deste problema possibilitando rever e reposicionar o seu sistema de operações promovendo a mudança e orientando a organização no sentido do sucesso.

Sendo a satisfação do cliente uma questão primordial para uma organização, esta necessita de reunir esforços para promover a mudança no sentido de satisfazer o cliente. Esta mudança pode passar não só pela melhoria de alguns processos atuais como ser necessário criar processos completamente novos.

Os indicadores mais utilizados nesta perspetiva estão diretamente relacionados com as metas e objetivos definidos na perspetiva clientes. Os

mais utilizados são: tempo de ciclo, custos, qualidade, produtividade, inovação, parcerias.

Kaplan e Norton, referem que a incorporação do processo de inovação constitui uma componente fundamental da perspectiva processos internos. O processo de inovação permite identificar segmentos de mercados, produtos ou serviços futuros que visam satisfazer os clientes da organização.

O processo de inovação constitui um desenvolvimento recente que permite que a organização aposte na investigação, conceção, desenho e desenvolvimento de processos que resultarão novos produtos, serviços e mercados.

4.2.4 Perspetiva Aprendizagem e Crescimento

A perspetiva aprendizagem e crescimento procura responder à questão: “para concretizar a nossa visão, como poderemos desenvolver capacidades de mudança e crescimento?”

De acordo com os autores Kaplan e Norton, 1996, os elementos que constituem esta perspetiva são os funcionários, os sistemas de informação e o alinhamento organizacional.

Esta perspetiva encontra-se na base do Balanced Scorecard e estabelece relações causa-efeito com as outras perspetivas de topo, a perspetiva financeira no caso das organizações privadas e a perspetiva clientes no caso das organizações públicas ou sem fins lucrativos.

Em muitos casos a esta perspetiva não lhe é dada a devida importância, pois em situações em que as organizações se vêm obrigadas a gerir recorrendo a recursos muito limitados, a perspetiva aprendizagem e crescimento é descurada nomeadamente nas áreas de recursos humanos, formação, investigação e outros intangíveis. Tal facto compromete as competências da organização preponderantes ao sucesso da mesma.

Os indicadores mais utilizados para medir a performance nesta perspetiva são: satisfação, retenção dos trabalhadores, horas de formação, competências adquiridas, trabalho em equipa, sugestões para novos produtos ou serviços, performance dos sistemas de informação, motivação, capacidade de liderança.

Apesar da perspetiva aprendizagem e crescimento se encontrarem na base do Balanced Scorecard constituem os indutores, drivers, as ações, as iniciativas que são o ponto partida para o sucesso, visando a obtenção de resultados e caminhando no sentido da missão da organização. Por outro lado as outras perspetivas encontram-se no topo do Balanced Scorecard e revelam bons resultados quando, por exemplo, há um aumento dos clientes ou clientes mais satisfeitos e quando assim é produz melhores resultados financeiros e maior retorno para os investidores.

4.2.5 Relações Causa-efeito

Uma das características do Balanced Scorecard é a criação e verificação de relações causa-efeito entre as quatro perspetivas que o constituem. É este princípio que distingue o Balanced Scorecard de qualquer outro sistema de medição da performance.

No fundo as relações causa-efeito permitem avaliar até que ponto o Balanced Scorecard reflete a estratégia de uma organização.

Como já foi referido, na base do Balanced Scorecard encontra-se a perspetiva aprendizagem e crescimento que servem de indutores para alcançar os objetivos definidos nos níveis superiores culminando na concretização do objetivo final, a visão da organização.

As relações causa-efeito obrigam os gestores a fazerem escolhas e a tomarem decisões importantes, repensando nos objetivos e metas definidas em cada uma das perspetivas, promovendo a mudança e caminhando assim no sentido da obtenção de melhores resultados e na criação de mais valor para a organização.

Desde a criação do Balanced Scorecard que este tipo de relação causa-efeito foi proposta. Contudo as organizações pioneiras na implementação deste sistema tiveram alguma dificuldade na sua execução. À medida que o Balanced Scorecard foi evoluindo, surgiram os mapas estratégicos que segundo Kaplan e Norton foram classificados como sendo equivalentes e eliminaram as dificuldades inicialmente sentidas pelas organizações implementadoras.

4.3 Conceitos fundamentais do Balanced Scorecard

A implementação do Balanced Scorecard pressupõe a identificação de 3 conceitos fundamentais: missão, valores e visão.

4.3.1 Missão, Valores e Visão

A missão é a razão de ser de uma organização, constitui o propósito dessa mesma organização, devendo ser capaz de responder à questão “ porque e (para quê) existimos?”. Em organizações públicas e sem fins lucrativos a missão assume outra abordagem procurando responder à questão “ o que aconteceria se não existíssemos?”.

De acordo com Drucker num artigo publicado na Revista Harvard Business Review, 1989, a missão focaliza as organizações na ação, definindo estratégias específicas, necessárias para atingir metas cruciais. Permite criar uma organização disciplinada.

Na implementação do Balanced Scorecard é fundamental definir a missão da organização pois esta permite orientar a organização e as pessoas. A eficácia da missão deve reunir as seguintes características:

- *“Ser concisa e orientada para metas;*
 - *Ter um forte conteúdo emocional;*
 - *Traduzir as ações da organização (sobrepondo-se ao significado das palavras colocadas no papel);*
 - *Definir o objetivo tangível (razão de ser) da organização;*
 - *Declarar o propósito a atingir, envolvendo conjuntamente a organização e todos os stakeholders – empregados, investidores, clientes, fornecedores;”*
- (Pinto, 2009, p.57)

Estas características fazem da missão um conceito fundamental na operacionalização da estratégia facilitando a sua comunicação, o envolvimento das pessoas e a monitorização dos resultados.

A missão é um conceito presente no Balanced Scorecard. No caso das organizações privadas a missão constitui o ponto de partida para a estratégia, no caso das organizações públicas ou sem fins lucrativos, em que as metas financeiras não são prioritárias, a missão assume ainda mais um papel

preponderantes constituindo a quinta perspetiva do Balanced Scorecard que está acima das tradicionais quatro perspetivas.

Os valores constituem o segundo pilar do Balanced Scorecard e caracterizam os princípios pelos quais a organização se rege. Representam as crenças e os ideais de uma organização, como por exemplo, o respeito, integridade, responsabilidade, dedicação, transparência entre outros.

A implementação do Balanced Scorecard tem de estar em sintonia com os valores da organização procurando responder positivamente a algumas questões, tais como, “os objetivos colocados no Balanced Scorecard estão em sintonia com os valores?; a organização utiliza os valores como guia, ao levar (desdobrar) o Balanced Scorecard a todos os níveis funcionais?; há contradições entre os valores e o Balanced Scorecard?; a organização utiliza os seus valores como guia para construir parcerias externas? (Pinto 2009).

Os valores estipulados por uma organização quando não cumpridos pode desencadear desmotivação nos trabalhadores, afastam os clientes e põem em causa a credibilidade de gestão. Assim sendo, é fundamental que os valores estejam em sintonia com a missão da organização e que sejam tidos em conta ao longo de todo o processo de implementação do Balanced Scorecard.

A visão constitui o terceiro pilar do Balanced Scorecard e deverá ser capaz de responder à questão “ para onde queremos ir?”. Representa a imagem que a organização acredita poder ser o futuro tendo em conta os recursos disponíveis produtos e serviços.

A visão tem como principais características: motivadora, inspiradora e estimulante; consistente com a missão e os valores; tangível, realizável e verificável; clara e convincente; ponto de focagem para onde convergem os esforços; instrumento de comunicação apelativo a todos os stakeholders (Pinto, 2009).

A definição da visão é fundamental para a implementação do Balanced Scorecard permitindo iniciar o processo de formulação de estratégias, escolha de prioridades e metas a atingir.

4.3.2 Estratégia no Centro do Balanced Scorecard

O Balanced Scorecard é uma ferramenta estratégica constituindo o ponto central em redor do qual funcionam as quatro perspetivas (financeira, clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento). A estratégia é a razão de ser do Balanced Scorecard sendo o conceito central deste.

Anteriormente foram definidos três conceitos que representam os pilares do Balanced Scorecard: missão, valores e visão. Estes constituem uma reflexão lógica e sequencial que conduz à estratégia.

De fato, todas as organizações precisam de desenvolver uma estratégia, pois os conceitos de missão, valores e visão definidos por cada organização só deixam de ser simplesmente um conjunto de pensamentos e desejos expressos se forem acompanhados por uma estratégia. A estratégia define como alcançar a missão e a visão definidos pela organização.

A evolução do Balanced Scorecard levou a que este se transformasse num sistema de gestão estratégica que envolve cinco passos, formulação, comunicação, execução, monitorização e revisão da estratégia.

O Balanced Scorecard constitui um instrumento de gestão estratégica intervindo fundamentalmente nas etapas que se seguem à formulação (comunicação, execução, monitorização e revisão da estratégia).

Os autores Kaplan e Norton, em consequência de alguns trabalhos desenvolvidos junto de organizações a nível mundial puderam concluir que a grande dificuldade destas em gerir a estratégia e o insucesso da sua implementação está essencialmente relacionada com a sua execução e não com a formulação da mesma. O problema estava na falta de capacidade e de mecanismos para a executar.

Neste âmbito Paul Niven, em 2003, referia que cerca de 70% do insucesso dos gestores de topo estaria relacionado com a fraca execução da estratégia e não pela qualidade da mesma.

Kaplan e Norton, de acordo com trabalhos desenvolvidos, também referem que apenas 10% das estratégias eram implementadas com sucesso. Neste seguimento, os mesmos autores apontam quatro grandes barreiras que dificultam a execução da estratégia.

Seguidamente são apresentadas as quatro barreiras apontadas por Kaplan e Norton, como sendo as principais responsáveis pelo insucesso da execução da estratégia.

- “**Visão:** apenas 5% dos colaboradores entendem a estratégia
- **Pessoas:** apenas 25% dos gestores têm incentivos associados à estratégia
- **Gestão:** 85% dos gestores de topo dedicam menos de uma hora por mês à análise da estratégia
- **Recursos:** 60% das organizações não articulam os orçamentos com a estratégia” (citado por Pinto, 2009, p.65).

Contudo, o Balanced Scorecard foi evoluindo e foi criando ferramentas para tentar reduzir consideravelmente estas barreiras que dificultam a implementação da estratégia.

Assim sendo, o Balanced Scorecard transformou-se num verdadeiro sistema de gestão estratégica apoiado em quatro processos que estão descritos no artigo dos autores Kaplan e Norton, 1996 - “Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System”.

Os processos de gestão estratégica são:

- **Traduzir a visão**
 - Clarificar visão
- **Comunicar e articular**
 - Comunicar/formar
 - Fixar metas
 - Ligar incentivos à performance
- **Planeamento**
 - Fixar metas
 - Alinhar iniciativas
 - Disponibilizar recursos
- **Feedback e aprendizagem**
 - Visão partilhada
 - Feedback estratégico
 - Revisão da estratégia
 - Aprendizagem

A gestão estratégica inicia-se então com a tradução da visão, sendo definidos objetivos e indicadores. Através do Balanced Scorecard é possível concretizar este processo de tradução da visão a longo prazo.

O segundo processo – comunicar e articular, consiste em comunicar a todas as áreas da organização a estratégia definida pelo gestor de topo. O Balanced Scorecard vem facilitar este processo uma vez que a estratégia definida era entendida por todos os níveis da organização, alinhando as pessoas e os seus objetivos no sentido da estratégia.

O planeamento corresponde ao terceiro processo da gestão estratégica e traduz-se na necessidade de integrar um plano de negócios com o orçamento anual. O Balanced Scorecard vem facilitar a gestão estratégica a este nível permitindo articular os objetivos propostos com os recursos financeiros disponíveis.

Feedback e aprendizagem constituem o quarto processo da gestão estratégica e consiste na capacidade da organização desenvolver conhecimento que lhes permita rever e alterar estratégias. O Balanced Scorecard facilita este processo pois permite articular as metas financeiras a curto prazo definidas no orçamento com as outras três perspetivas – clientes, processos internos e aprendizagem e crescimento, revelando-se assim fundamental para rever e alterar estratégias.

4.3.3 Objetivos, indicadores, metas e iniciativas

Em qualquer tipo de organização estes quatro conceitos são fundamentais para a implementação do Balanced Scorecard.

Objetivo - Descrição clara sobre o que a organização tem que fazer no sentido de executar a estratégia definida pela organização.

Meta – Resultado de performance desejado

Indicadores – Conceito utilizado para medir e comunicar a performance, tendo em conta as metas fixadas pela organização. Os indicadores são normalmente quantitativos podendo ser traduzidos por números, são portanto mensuráveis facilitando a medição da performance.

Iniciativa – Conjunto de ações, atividades, programas ou projetos desenvolvidos pela organização com o intuito de atingir as metas de performance.

“O desenvolvimento das iniciativas e a concretização das metas, medidas através de indicadores adequados, permitem atingir os objetivos fixados em determinada perspetiva. A concretização dos objetivos em todas as perspetivas, devidamente entre si, em termos de causa-efeito, constitui a base para se atingirem as prioridades estratégicas previamente fixadas” (Pinto, 2009, p.66).

4.4 Adaptação do Balanced Scorecard aos Serviços Públicos

O Balanced Scorecard foi inicialmente implementado em organizações privadas, contudo a partir de 1996 iniciou-se a migração do Balanced Scorecard para os serviços públicos e para as organizações sem fins lucrativos.

Kaplan e Norton (2001), no seu livro publicado que em 1996 a implementação do Balanced Scorecard em organizações públicas e sem fins lucrativos encontrava-se ainda numa fase embrionárias. Contudo o conceito foi evoluindo ao longo de quatro anos tendo sido aceite por este tipo de organizações em todo o mundo.

Na segunda metade dos anos 90, vários países em todo o mundo utilizavam sistemas de medição e de gestão da performance nos respetivos serviços públicos. Esta preocupação pela medição e gestão da performance surge no seguimento da mudança da gestão pública tradicional para a nova gestão pública, ou seja uma gestão baseada nos resultados onde a prestação de serviços está centrada no cidadão como cliente, prevalecendo a eficiência e a qualidade dos serviços prestados pela organização.

Neste contexto, e tendo em conta o sucesso do Balanced Scorecard em organizações privadas, demonstrado em inúmeros estudos, surge a ideia de implementar o Balanced Scorecard em organizações públicas e sem fins lucrativos mas para isso é necessário adaptá-lo aos serviços públicos pois estes apresentam contornos diferentes das organizações privadas, procurando

melhorar a performance e fazer da estratégia o trabalho diário das pessoas que fazem parte da organização.

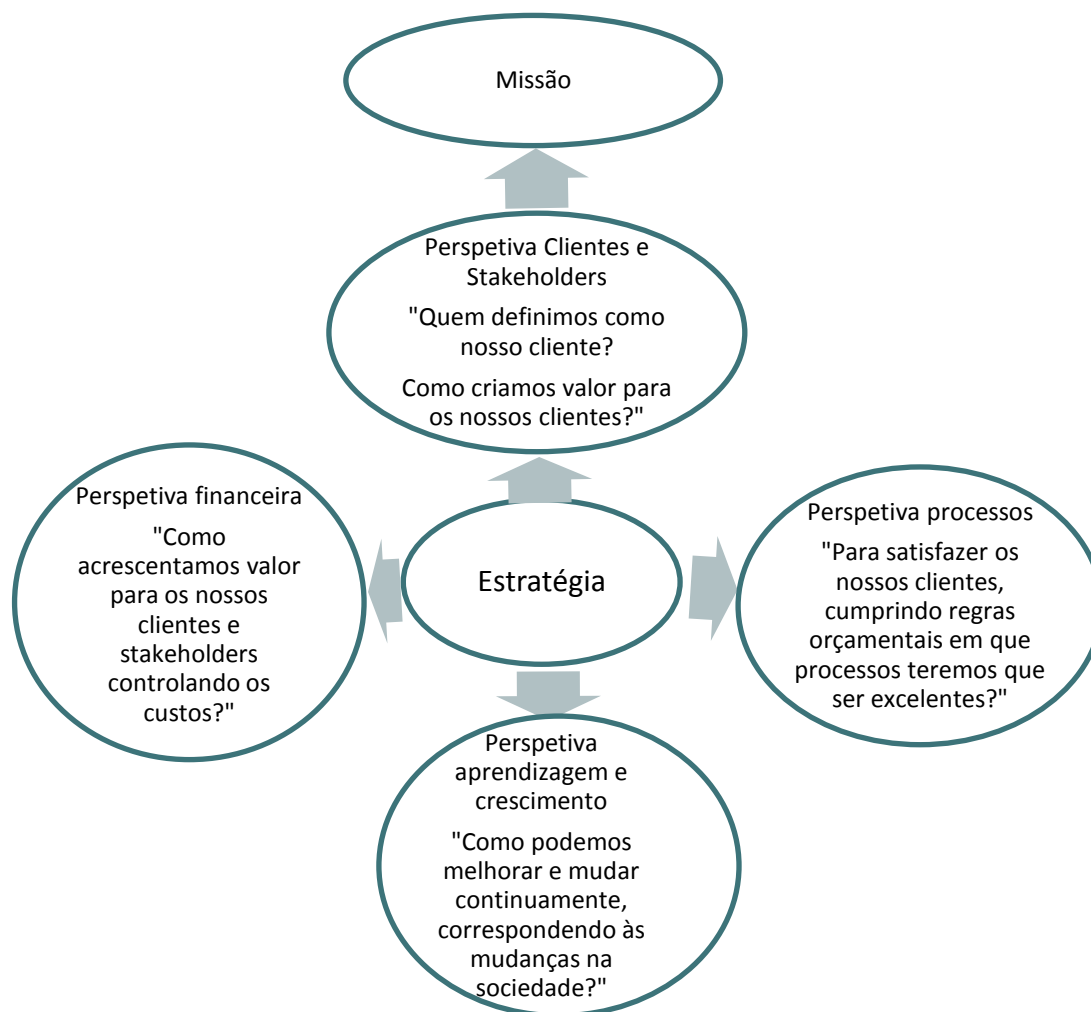
A adaptação do Balanced Scorecard aos serviços públicos implica algumas alterações ao modelo original do Balanced Scorecard.

Na sequência da adaptação do Balanced Scorecard para os serviços públicos foram criados 4 modelos que representam as grandes alterações ao modelo original.

Embora possam ser utilizados um dos quatro modelos adaptados aos serviços públicos, verificou-se através de alguns estudos efetuados que a maior parte dos serviços públicos (cerca de dois terços) prefere utilizar apenas as quatro perspetivas tradicionais do Balanced Scorecard (Pinto, 2009).

A configuração do Balanced Scorecard adaptado aos serviços públicos está representada na figura seguinte.

Figura nº 6 – Balanced Scorecard adaptado aos Serviços Públicos



Fonte: Adaptado de Pinto, 2009, p.154

De acordo com o que se pode observar na figura anterior, a missão surge no topo do Balanced Scorecard funcionando como a quinta perspetiva, para a qual convergem os objetivos, metas e iniciativas fixadas em cada uma das quatro perspetivas que constituem o modelo original do Balanced Scorecard.

Neste contexto é fundamental que aquando a implementação do Balanced Scorecard as organizações percam algum tempo para refletir sobre todas as questões que envolvem as perspetivas do Balanced Scorecard. Essa reflexão parte primeiramente dos gestores de topo alargando-se para as chefias intermédias, procurando definir a razão de ser da organização, quais os

clientes e stakeholders que constituem a organização, quais as suas preferências, quais os bens e serviços a produzir (*outputs*) e finalmente qual o contributo que a organização deverá dar para a concretização dos impactos e transformações (*outcomes*) a realizar na sociedade (Pinto, 2009).

A perspetiva clientes e stakeholders surge logo a seguir à missão assumindo um papel primordial no caso dos serviços públicos. De facto, nos serviços privados a perspetiva financeira assume um papel preponderante na medida em que neste caso os valores financeiros são considerados uma prioridade para os serviços privados, contrariamente ao que ocorre nos serviços públicos ou em organizações sem fins lucrativos em que a satisfação do cliente é a prioridade destas organizações constituindo o orçamento apenas um meio para atingir um fim.

A perspetiva processos internos deriva diretamente dos objetivos e indicadores definidos na perspetiva clientes. Neste aspeto os serviços privados não diferem dos serviços públicos ou das organizações sem fins lucrativos.

Na implementação do Balanced Scorecard num serviço público, a perspetiva processos internos implica a reflexão e a partilha de conhecimento que contribuem para a descoberta de novos processos, importantes na criação de valor para os clientes da organização.

Neste contexto, o Balanced Scorecard quando aplicado aos serviços públicos tem de ter em conta os processos inter-organizacionais. Ou seja, é fundamental valorizar o cliente externo como também reconhecer o valor de outros serviços que completam os processos internos e contribuem para o produto final ou serviço que chega ao cliente.

Atualmente a principal preocupação desta perspetiva consiste na melhoria de eficiência e qualidade dos processos nos serviços públicos, promovendo a criação de valor para os clientes, melhorando os resultados obtidos e garantindo o sucesso do Balanced Scorecard no sentido da missão definida pela organização.

A perspetiva aprendizagem e crescimento assume um enfoque mais marcado nos serviços públicos que nos serviços privados uma vez que os serviços públicos constituem organizações orientadas fundamentalmente para a missão. Assim sendo, a competência dos funcionários, a sua motivação e o

alinhamento com as metas e os resultados a atingir assumem um papel preponderante neste tipo de organizações.

Contudo, verifica-se que a maioria das organizações não dão especial importância a esta perspetiva ocorrendo falhas que comprometem todo o sistema de implementação do Balanced Scorecard.

De facto, em serviços públicos e essencialmente em organizações sem fins lucrativos onde os recursos são escassos esta é a perspetiva que revela uma menor preocupação por parte das organizações, dando estas mais ênfase à definição de objetivos e indicadores nas outras perspetivas descurando a aposta na formação dos intervenientes na implementação do Balanced Scorecard. Desta forma fica comprometido o sucesso de todo o sistema de gestão e a obtenção de resultados a longo prazo.

4.4 Implementação do Balanced Scorecard

A implementação do Balanced Scorecard nos serviços públicos não é tarefa fácil devido aos contornos específicos que caracterizam estes serviços.

De acordo com o que já foi referido, o Balanced Scorecard foi criado inicialmente com o objetivo de medição da performance, contudo este conceito foi evoluindo para um sistema de comunicação e gestão da estratégia, estas atuam em áreas onde, a maior parte dos países ainda está num processo de aprendizagem.

Atualmente o Balanced Scorecard que é utilizado como metodologia de gestão da performance que assume funções não só de medição e de gestão estratégica mas também constitui um importante instrumento de alinhamento organizacional e de gestão da mudança.

Assim sendo, é fundamental que a implementação do Balanced Scorecard num serviço público seja rigorosamente planeada sendo fundamental reunir o máximo de informação possível sobre o modelo a implementar, adquirindo conhecimento acerca dos seus conceitos, metodologias, estudo de casos práticos de implementação noutros serviços públicos, a partir dos quais se definem objetivos claros do que se pretende atingir com o Balanced Scorecard e desenvolver a respetiva implementação.

A implementação do Balanced Scorecard num serviço público tem de partir do princípio que a organização assume a necessidade de mudança e está convicta que o Balanced Scorecard constitui a melhor solução para atingir os objetivos definidos no sentido da sua missão e visão.

Neste contexto, uma organização que pense em implementar o Balanced Scorecard deve procurar responder a determinadas questões, nomeadamente: o que se pretende atingir com o Balanced Scorecard?; Quais os recursos humanos e financeiros necessários?; Onde implementar o primeiro Balanced Scorecard?; Qual a equipa de implementação?.

A primeira questão prende-se com os objetivos que a organização pretende alcançar com a implementação do Balanced Scorecard. É fundamental definir-se com clareza quais os objetivos que se pretendem atingir com a execução do Balanced Scorecard.

A segunda questão está relacionada com os recursos humanos e financeiros que a implementação do Balanced Scorecard exige. De facto, a organização que pense em implementar esta metodologia tem de refletir até que ponto tem condições para obter estes recursos, sendo necessário a conscientização por parte da organização dos custos associados à implementação do Balanced Scorecard relativos à remuneração das pessoas envolvidas no processo, despesas com formação, com a criação de um *software* específico, despesas de logística e outras.

Por outro lado também é fundamental que a organização decida onde construir o primeiro Balanced Scorecard, isto é, a organização tem de decidir se o Balanced Scorecard vai ser implementado ao nível da organização no seu todo e depois vai sendo desdobrado pelos diversos serviços que a constituem ou se será implementado num serviço isolado, atuando apenas num único departamento da organização (área financeira, serviço de recursos humanos, serviço de cardiologia, serviço de patologia Clínica, por exemplo).

Por último, é imprescindível a escolha da equipa envolvida no processo de implementação do Balanced Scorecard. A equipa é constituída por dirigentes intermédios de diversas áreas que terão de manter contato direto e permanente com as áreas operacionais e também com os decisores de topo, constituindo-

se uma equipa multifuncional que assume o papel de delinear a estratégia do serviço implementador.

A escolha da equipa envolvida no processo de implementação do Balanced Scorecard pressupõe primeiramente a existência de vontade expressa e decisão por parte da gestão de topo.

A partir do momento em que a decisão de implementar o Balanced Scorecard é tomada é assumido, por um elemento da equipa de gestão de topo, o papel de liderança e suporte ao Balanced Scorecard, apoiando de forma total e inequívoca, contínua e permanente. Isto é, todas as pessoas da organização têm que perceber que os gestores de topo, os líderes apoiam totalmente o projeto e tudo farão para o concretizar e de forma contínua e permanente porque os gestores de topo têm que intervir sempre com entusiasmo e empenho garantindo assim o sucesso da implementação do Balanced Scorecard.

A liderança do projeto Balanced Scorecard é assumida por dois líderes, credíveis por todos da organização. O primeiro nível de liderança corresponde ao gestor de topo que atua como *sponsor*. O segundo nível de liderança corresponde ao líder da equipa de projeto, habitualmente designado por Balanced Scorecard *champion*. Este deve possuir um elevado conhecimento sobre a metodologia Balanced Scorecard e dedicar-se exclusivamente a este projeto, apresentando-se como agente de mudança, um facilitador e excelente comunicador com boa capacidade de liderança, uma vez que criar e gerir equipas é uma das suas funções.

O passo seguinte consiste em comunicar o processo de mudança e o funcionamento do Balanced Scorecard a toda a organização. Neste contexto é fundamental apostar-se na formação de todos os intervenientes de modo a que todos sejam conhecedores dos conceitos, objetivos e funcionamento do Balanced Scorecard.

Inicia-se assim um processo de comunicação e formação da equipa através de workshops, bibliografia adequada e consultores externos. Estes assumem um papel fulcral na formação da equipa uma vez que conseguem transmitir conhecimentos práticos do funcionamento do Balanced Scorecard que advêm

da experiência que têm da implementação desta metodologia noutras organizações.

Posto isto, inicia-se o processo de implementação do Balanced Scorecard propriamente dito, reunindo-se esforços para a concretização dos objetivos definidos pela organização que vão ao encontro da missão e visão da mesma.

De acordo com a filosofia do Balanced Scorecard são definidos objetivos e metas, indicadores e iniciativas, em cada uma das perspetivas que constituem esta metodologia. Posto isto, é elaborada a estratégia recorrendo a mapas estratégicos que pela sua clareza facilita a comunicação da mesma, facilitando a deteção dos problemas e promovendo a mudança no sentido de se alcançar melhores resultados que se traduzem numa melhor performance da organização que implementa o Balanced Scorecard.

O alinhamento é um conceito que promove a criação de valor para a organização, constituindo um fator crucial para o sucesso da implementação do Balanced Scorecard.

De facto, a implementação do Balanced Scorecard em muitas organizações deve-se à preocupação que estas manifestam em alinhar pessoas, processos e infraestruturas com a estratégia.

A implementação do Balanced Scorecard nos serviços públicos pode criar valor público através do alinhamento de todos os recursos, estruturas e atividades operacionais com as prioridades estratégicas (Pinto, 2009).

O alinhamento da organização com a estratégia passa por relações causa-efeito entre as perspetivas do Balanced Scorecard, criando valor para a organização que o implementa, obtendo melhores resultados e melhorando assim a performance da organização.

4.5 Mapas Estratégicos em Serviços Públicos

Os mapas estratégicos constituem uma representação visual das relações causa-efeito entre os componentes da estratégia de uma organização (Kaplan e Norton, 2004).

Estes mapas mostram a forma como a organização converte as suas ações e recursos, incluindo os valores intangíveis, como a cultura organizacional e os

conhecimentos dos colaboradores em resultados tangíveis (Kaplan e Norton, 2001).

A apresentação da estratégia recorrendo a mapas estratégicos constitui um instrumento de comunicação fundamental pela forma simples como é apresentado. O facto de poder transpor a estratégia e descrevê-la através de um mapa permite ter uma melhor percepção de toda a estratégia que se pretende implementar, centrando-se na mensagem fundamental.

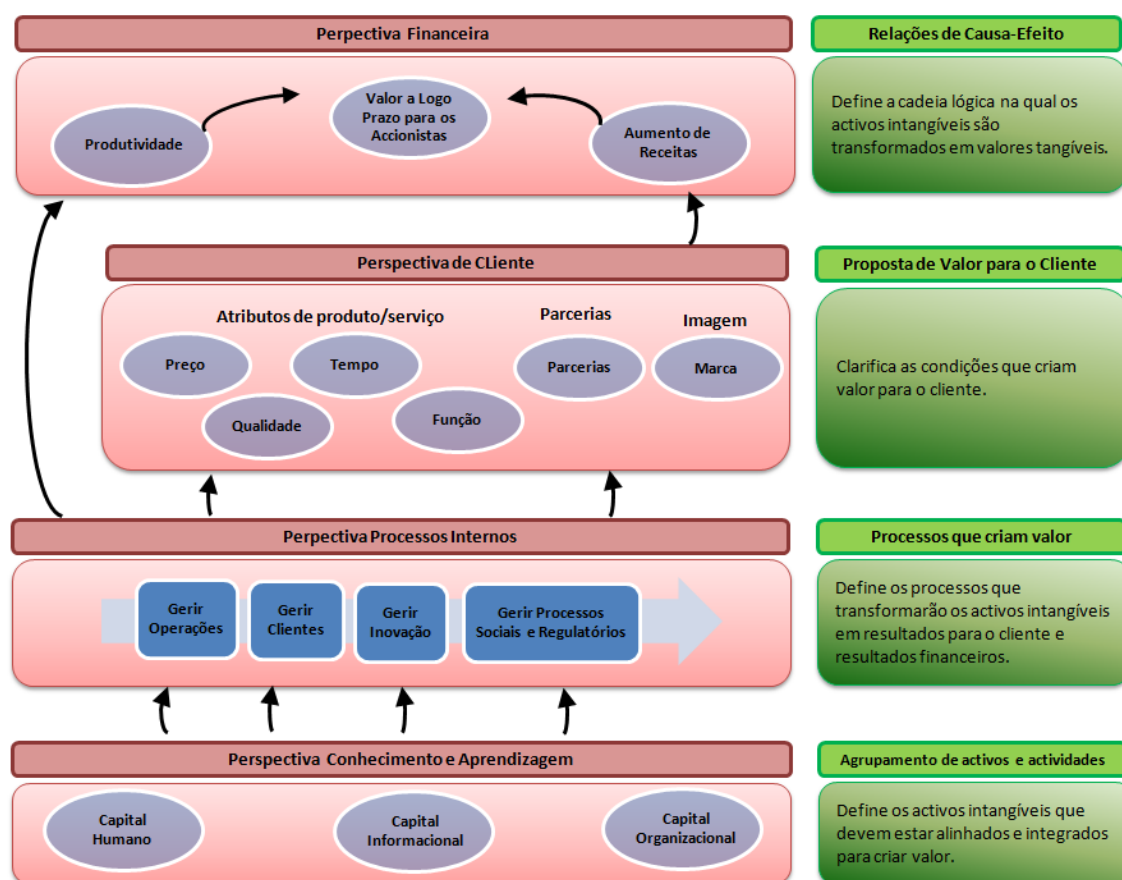
Assim sendo, a estratégia a implementar torna-se mais clara e mais explícita facilitando a sua compreensão e constituindo um verdadeiro meio da comunicação da estratégia.

A função da construção de um mapa estratégico reside na possibilidade de descrever de forma sistemática e dinâmica como a organização irá criar valor ao longo do tempo, ou seja, o mapa estratégico permite estabelecer a ligação entre as atividades de formulação e de implementação da estratégia, mostrando como esta deve ser executada.

O mapa estratégico é estruturado com base em relações causa-efeito que interligam as quatro perspetivas que constituem o Balanced Scorecard mostrando de forma clara a criação de valor para a organização.

Na figura seguinte está representado um mapa estratégico definido por Kaplan e Norton, 2004 que mostra as relações causa-efeito que ligam as quatro perspetivas.

Figura nº7 – Mapa Estratégico



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton, 2004, p.31

A figura anterior representa a construção de um mapa estratégico proposto por Kaplan e Norton. Note-se que neste mapa a perspectiva financeira está no topo como é de esperar num serviço privado. Contudo num serviço público ou sem fins lucrativos esta perspectiva aparece em segundo lugar ou ao mesmo nível da perspectiva clientes, como já foi referido anteriormente no tópico da adaptação do Balanced Scorecard aos serviços públicos.

No mapa estratégico apresentado a perspectiva financeira descreve os resultados tangíveis pretendidos pela estratégia em termos financeiros. Na perspectiva clientes estão representadas as propostas que permitem criar valor ao cliente. O alinhamento entre as ações e recursos com a proposta de valor para o cliente constitui a base essencial para a execução da estratégia.

Na perspectiva processos internos são definidos os processos que têm maior impacto sobre a estratégia e que permitem criar valor traduzindo-se em resultados para o cliente e resultados financeiros. Por último, na perspectiva

aprendizagem e conhecimento são definidos os ativos intangíveis (capital humano, informacional e organizacional) que alinhados e integrados permitem a criação de valor pelos processos internos.

Assim sendo, o mapa estratégico, para além de ajudar a traduzir a estratégia em termos operacionais é um excelente instrumento de comunicação e de desenvolvimento da organização motivando os seus colaboradores no sentido de alcançar melhores resultados de performance.

O Balanced Scorecard permite traduzir os objetivos do mapa estratégico, definidos em cada uma das perspetivas que o constitui em medidas e metas. Neste seguimento são desenvolvidas ações, iniciativas estratégicas para obter resultados.

A definição dos indicadores corretos é fundamental para medir a performance da organização permitindo deduzir se a estratégia implementada está a produzir resultados positivos no sentido da missão da organização.

Os indicadores estratégicos servem para medir, avaliar e comunicar o progresso e cumprimento dos objetivos estratégicos e consequentemente a performance da organização tendo como referência as metas fixadas.

A análise dos resultados de medição da performance permitem concluir acerca da performance da organização e desencadear processos de mudança.

No anexo 1 está exemplificado um mapa estratégico de um Hospital Público, do serviço de urgência pediátrica. É interessante verificar os componentes da estratégia de uma organização e as relações causa-efeito entre eles nas diferentes perspetivas.

4.6 Casos práticos da implementação do Balanced Scorecard

4.6.1 Implementação do Balanced Scorecard no Hospital de Faro

No Hospital de Faro, segundo Francisco Serra, membro do conselho de administração do Hospital de Faro pensa-se numa futura implementação do Balanced Scorecard.

Em Pinto, 2009 estão descritas as perspetivas de Francisco Serra relativas à futura implementação do Balanced Scorecard que me parece interessante de analisar.

Seguidamente são colocadas algumas questões previamente selecionadas, que constituíram a entrevista feita a Francisco Serra e cujas respostas são cruciais para o entendimento do funcionamento do Balanced Scorecard em termos práticos.

“Quais as grandes vantagens e valor acrescentado que poderiam ser retiradas da implementação de uma ferramenta como o Balanced Scorecard no Hospital de Faro?”.

Resumidamente, Francisco Serra refere que a implementação desta metodologia é difícil especialmente em organizações sem fins lucrativos, em que a missão e objetivos da organização não visam lucros, no entanto por conhecimento de alguns casos de sucesso são provadas as inúmeras vantagens e benefícios que o Balanced Scorecard pode trazer à instituição, que de outro modo seria difícil conseguir.

“ Qual a sua opinião sobre as vantagens de comunicar a estratégia e obter o alinhamento das pessoas a todos os níveis da organização?”

Francisco Serra refere que os processos de formulação da estratégia exigem a participação e o envolvimento do maior número possível de colaboradores a todos os níveis das organizações, pois só assim as pessoas ficam conscientes da importância dos objetivos e se esforçam para os atingir. Quando isto não se verifica surgem frequentemente expressões como “ a estratégia não é clara”, “não se sabe quem define a estratégia”. Contudo, Francisco Serra está convicto que esta situação venha a mudar através da adoção de novas ferramentas de comunicação interna, como a intranet e outros meios tecnológicos que visam facilitar o desenvolvimento de processos de diálogo e a disseminação de informação.

Neste âmbito, segundo Francisco Serra já foram desenvolvidos esforços para a criação de um conjunto de facilidades de comunicação que não estavam implementadas visando a obtenção de resultados duradouros e facilitando o alinhamento das pessoas a todos os níveis da organização.

“A intervenção da gestão de topo é crucial nos projetos do Balanced Scorecard. Na hipótese de se concretizar a implementação no Hospital de Faro, esta intervenção ficaria assegurada? Em traços gerais, que plano ou metodologia poderia ser utilizado, para que esse suporte de topo funcionasse continuamente ao longo do projeto, sem interrupções?”

Francisco Serra refere que a implementação do Balanced Scorecard não terá condições de sucesso se não existir a intervenção e o empenho da gestão de topo.

Neste caso particular o administrador refere ainda que a concretizar-se a implementação do Balanced Scorecard como espera, a gestão de topo do Hospital de Faro demonstrará um intenso empenho devido às suas competências neste domínio mas também pela consciência da necessidade de mudança organizacional contínua, sendo o Balanced Scorecard um instrumento crucial no incentivo à mudança.

Relativamente à segunda parte da questão, Francisco Serra refere que as metodologias a utilizar neste tipo de projetos são condicionadas pelo nível de desenvolvimento de algumas dimensões que o Balanced Scorecard pretende medir, nomeadamente, características dos recursos humanos, nível de conhecimento da organização, qualidade dos processos internos, entre outras.

No entanto, os planos para a implementação são habitualmente curto prazo/médio prazo, sendo as metodologias de implementação inicialmente baseadas em grupos de trabalho, assessorados por facilitadores externos muito experientes, método *delphi*, *brain storming* e outras técnicas.

A gestão de topo deve manter, regularmente, o contato com os principais responsáveis e com os facilitadores externos, no caso de existirem. Deste modo é possível facilitar meios de informação, motivar e esclarecer, assumindo o papel de liderança e contribuindo para o sucesso através da obtenção dos resultados pretendidos como é esperado.

“O Balanced Scorecard apoia-se em sistemas de informação para a recolha, análise e reporte de indicadores de performance e outros outputs do Balanced Scorecard. Recorreria a *software* específico do Balanced Scorecard para essas operações? Quais os fatores críticos de seleção do *software* e

empresa fornecedora, considerando o nível atual de integração da informação e o potencial dos softwares atualmente em uso no Hospital de Faro?”

Francisco Serra admite ser favorável à aquisição de um *software* específico do Balanced Scorecard, desde que este *software* se mostrasse vantajoso e facilitador na importação dos dados, tratamento e análise dos mesmos, promovendo o desenvolvimento de melhores práticas, a aprendizagem organizacional e o reforço do princípio da responsabilização pelos resultados.

“Parece-lhe que a área de saúde, nomeadamente os Hospitais, poderá estar mais receptiva a estes modelos? Ou é um setor muito vinculado a sistemas de gestão pública tradicional, onde este tipo de instrumentos levará ainda algum tempo a ser aceite?”

Relativamente a estas questões Francisco Serra afirma que os hospitais portugueses já adotam práticas de gestão que eram maioritariamente utilizadas a nível empresarial, aplicando os mais modernos sistemas de gestão. No entanto, estas organizações apresentam características muito próprias que se prendem com questões culturais, dificultando a implementação destes sistemas.

Apesar das inúmeras vantagens que o Balanced Scorecard apresenta, a sua implementação a nível hospitalar ainda é pouco conhecida e suscetível de muitas dúvidas, pois apresentam contornos distintos relativamente a empresas privadas. Deste modo estas organizações ainda se mantêm vinculadas a sistemas de gestão pública tradicionais.

4.6.2 Implementação do Balanced Scorecard em Laboratórios de Patologia Clínica

Balanced Scorecard como metodologia utilizada no planeamento estratégico de um laboratório de patologia clínica é o tema deste trabalho de projeto.

Neste âmbito, é referido um exemplo da implementação desta metodologia em Laboratórios de Patologia Clínica num hospital universitário em Itália, através da análise de um artigo. De fato a implementação do Balanced

Scorecard em Laboratórios de Patologia Clínica não está muito bem documentada, havendo muito pouca informação neste sentido.

Através da análise deste artigo foi possível compreender o funcionamento do Balanced Scorecard em Laboratórios de Patologia Clínica e aferir sobre a pertinência da sua implementação.

Lupi, et al. (2011), no artigo publicado em Itália referem um estudo efetuado num Hospital Universitário. Este estudo teve como objetivo verificar a pertinência do uso do Balanced Scorecard para medir a performance em St. Anna, Hospital Universitário de Ferrara, aplicando-o ao Serviço de Patologia Clínica, a fim de comparar resultados de performance e verificar o cumprimento das metas definidas, ao longo do tempo (um ano).

Neste estudo foram distinguidas as quatro perspetivas que constituem o Balanced Scorecard, seguindo o modelo de Kaplan e Norton e foram definidos os objetivos e os indicadores de medição da performance para cada uma das perspetivas. A estratégia a implementar foi traduzida através de mapas estratégicos visualizando-se de forma clara as relações causa-efeito entre as perspetivas do Balanced Scorecard.

Um ano mais tarde foram analisados os novos dados da performance da organização, verificando a capacidade de ligação entre ações estratégicas correspondentes a diferentes perspetivas na produção de mudanças nos resultados obtidos.

Os resultados obtidos demonstram que o Balanced Scorecard é eficaz na deteção das falhas existentes no laboratório de patologia clínica proporcionando a oportunidade de melhorar e contribuindo para a melhoria da performance.

A comparação dos níveis de performance no decorrer do tempo permitiu concluir que esta metodologia pode ser adotada com sucesso na medição de resultados de performance da organização garantindo a qualidade dos serviços prestados.

Verzola, et al. (2009), publicaram um artigo semelhante que consistiu num estudo realizado também no Hospital Universitário de Ferrara. Este estudo teve como objetivo implementar e verificar o uso da metodologia Balanced Scorecard em dois departamentos de St. Anna, Hospital Universitário, o

Laboratório de Patologia Clínica e o departamento onde são efetuados os exames de endoscopia digestiva.

Seguindo um preciso programa metodológico e com a colaboração de profissionais de saúde foi definido um mapa estratégico envolvendo as quatro perspetivas do Balanced Scorecard propostas por Kaplan e Norton. Objetivos chave foram definidos, bem como a identificação de relações causa-efeito entre as áreas de performance chave.

A implementação do Balanced Scorecard nestes dois departamentos resultou na determinação de indicadores relevantes para o sucesso da estratégia definida. Os mapas estratégicos permitiram verificar as relações causa-efeito entre as quatro perspetivas. A evolução de cada perspetiva mostrou-se positiva, tendo sido o resultado global considerado satisfatório.

A implementação do Balanced Scorecard nestes dois departamentos surge na sequência da necessidade de mudança que se fazia sentir.

Este estudo permitiu concluir que a evolução do Balanced Scorecard foi muito favorável, contudo, foram sentidas algumas dificuldades na sua implementação, nomeadamente na fase inicial devido à falta de sistemas de informação capazes de gerir, a complexidade na pesquisa de indicadores específicos necessários de serem superados. O fator tempo e a disponibilidade de recursos tecnológicos foram também considerados fatores limitativos na implementação do Balanced Scorecard.

La Casta et al. (2008) são os autores de um artigo no qual propõem indicadores relativamente à perspetiva processos internos do Balanced Scorecard no Laboratório de Patologia Clínica no Hospital Universitário de San Juan.

Desde o ano 2004, o sistema de controlo de qualidade utilizado neste laboratório está certificado de acordo com a norma ISO 9001:2000.

Os indicadores propostos são obtidos de diversas fontes, a partir dos registos internos do sistema informático do próprio laboratório e do controlo de qualidade externo.

Os indicadores de gestão interna propostos são de processo, adequação da aplicação e controlo de qualidade analítica.

Um ano depois foi possível concluir que o uso destes indicadores estratégicos propostos na perspetiva processos internos do Balanced Scorecard no Laboratório de Patologia Clínica permitem obter resultados que validam a sua utilidade como instrumento de gestão do laboratório.

Capítulo II - Caracterização do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em Estudo

Este capítulo descreve o Serviço de Patologia Clínica em estudo que está integrado no Centro Hospitalar, EPE. Este serviço encontra-se dividido nas seguintes secções:

- Imunologia
- Bioquímica
- Hematologia
- Microbiologia
- Urgência

De acordo com o plano de ação 2011 disponibilizado pelo Serviço de Patologia Clínica do Hospital em questão, cada sector desenvolve a sua atividade dentro da sua especificidade e, de acordo com as recomendações da Direção Médica e, com o entendimento dos diretores dos Serviços de Patologia Clínica, Imunohemoterapia e Imunoalergologia, foram reformulados aspetos referentes à efetivação de alguns exames.

A missão do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em Estudo encontra-se enquadrada no conjunto de serviços de ação médica não integrados em departamentos, de acordo com o disposto no Regulamento Interno.

A sua função é a prestação de exames complementares de diagnóstico definidos nesta área, tendo em conta conteúdo estipulado no âmbito do Colégio da Especialidade de Patologia Clínica, para os médicos especialistas, e o conteúdo estipulado pelo Dec. Lei. 564/99 para os técnicos de diagnóstico e terapêutica.

O trabalho conjunto de ambas as classes profissionais visa a prestação de exames subsidiários e a sua complementaridade com outras técnicas relevantes e adequadas que facilitem a rapidez no diagnóstico, a monitorização terapêutica e pós-terapêutica, em termos de eficácia e eficiência.

A visão deste Serviço consiste na reorganização laboratorial com ganhos significativos no trabalho de equipa, nos processos de trabalho, aumentando a competitividade e produtividade do Serviço.

1. Atividade Assistencial

O Serviço de Patologia Clínica do Hospital em questão funciona ininterruptamente 24 horas por dia, assegurando todos os exames complementares pedidos em ambulatório, onde se incluem os Hospitais de Dia, Consulta Externa, Urgência e Internamento.

O Laboratório Central possui um período de colheitas para doentes de ambulatório entre as 8.00 horas e as 12.00 horas, de segunda a sexta-feira assim como realiza também neste período todas as colheitas do internamento, previamente marcadas, recebendo até às 13.00 horas todos os pedidos urgentes internos. Em média o Laboratório Central efetua 3.600 exames/dia.

O Laboratório de Urgência assegura todos os exames pedidos pelas Urgência Geral, Pediátrica, Ginecológica/Obstétrica e Urgência Interna, a partir das 13.00 horas, fins-de-semana e feriados. Efetua em média 1.600 exames/dia.

De acordo com o plano de ação de 2011, elaborado pelo Serviço de Patologia Clínica do Hospital em questão, foi tomado como base o número de exames/dia (em vez do número de doentes/dia) porque são estes que revelam a produtividade e a eficiência do Serviço. Esta produção não foi comparada com a de outros hospitais homólogos, pois não são conhecidos oficialmente os valores referentes a esses estabelecimentos.

O Serviço de Patologia Clínica é constituído por um conjunto de profissionais de saúde dotados de grande profissionalismo, que apesar das limitações a nível de espaço físico, têm acompanhado o avanço no diagnóstico laboratorial e conseguido desenvolver áreas diferenciadas como Imunofenotipagem de Sangue Medular e Periférico; Estudo de Hemoglobinopatias; Marcadores Viroológicos; Autoimunidade; Diagnóstico de Tuberculose com Testes de sensibilidade e genes de resistência (Biologia Molecular).

2. Produtividade do Serviço de Patologia Clínica

A produtividade do serviço é revelada pelo número de exames efetuados por dia, como já foi referido.

De acordo com o plano de ação elaborado no ano 2011, não se perspetiva um aumento da produtividade, conforme acordado com a contratualização de produção com o conselho de administração.

Tendo por base as informações de análise estatística disponibilizados pelo Clinidata XXI, é possível traçar a atividade prestada pelo Serviço de Patologia Clínica às diferentes linhas assistenciais do Hospital em estudo, (Consulta Externa, Internamento, Hospital de Dia e Urgência)

No quadro seguinte está representada a produtividade total do serviço e a produtividade de cada uma das secções.

Quadro nº 1 – Produtividade Total do Serviço de Patologia Clínica

<i>Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (Designação)</i>	<i>2009 (Estimado)</i>	<i>2010 (Previsto)</i>	<i>2011 (Previsto)</i>	<i>Var. % Ano 2010 - Ano 2009</i>	<i>Lista de Espera (doentes)</i>
<i>Bioquímicas do Hospital X</i>	865.133	974.697	975.000	0,03	
<i>Bioquímicas do Hospital Y</i>	20.715	17.044	17.000	-0,26	
<i>Hematológicas do Hospital X</i>	192.298	213.602	214.000	0,19	
<i>Hematológicas do Hospital Y</i>	19.362	10.182	10.200	0,18	
<i>Imunológicas do Hospital X</i>	63.736	73.875	74.000	0,17	
<i>Imunológicas do Hospital Y</i>	658	594	600	1,00	
<i>Mircobiológicas</i>	23.679	24.730	25.000	1,08	
Total	1.185.581	1.314.724	1.315.800	0,08	
Taxa de desmarcação de MCDT's	0,0	0,0	0,0	0,00	

Fonte: Área de Produção/Gabinete de Informação para a Gestão

Legenda:

Hospital X – Hospital em Estudo

Hospital Y – Hospital também integrado no Centro Hospitalar, EPE

Como se pode observar no quadro apresentado anteriormente, a produtividade de cada um dos exames (análises de Bioquímica, de Hematologia, de Imunologia e de microbiologia) nos dois Hospitais integrados no Centro Hospitalar, EPE têm vindo a aumentar ao longo dos anos, sendo o aumento mais significativo no Hospital X, correspondente ao Hospital em estudo.

Por outro lado, a partir deste quadro também se pode anuir que a seção de bioquímica representa uma maior percentagem, com 76% de toda a atividade

no Serviço de Patologia Clínica, sendo a microbiologia a seção com menor percentagem de toda a atividade do Serviço de Patologia Clínica (apenas 2%).

Nos quadros seguintes está representada a atividade global por área de suporte.

Quadro nº 2 – Produtividade na Consulta Externa

	2009	2010
Bioquímica	263.862	314.922
Hematologia	52.285	58.673
Imunologia	44.640	51.063
Microbiologia	5.242	5.378
Urgência	13	423
Total	366.042	430.459

Fonte: Plano de Ação do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo, 2011

Quadro nº 3 – Produtividade no Internamento

	2009	2010
Bioquímica	179.011	206.129
Hematologia	37.685	42.713
Imunologia	10.380	13.362
Microbiologia	13.465	12.818
Urgência	116	19.454
Total	240.657	294.476

Fonte: Plano de Ação, do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo, 2011

Quadro nº 4 – Produtividade no Hospital Dia

	2009	2010
Bioquímica	22.294	14.572
Hematologia	5.261	3.876
Imunologia	3.254	1.852
Microbiologia	1.647	952
Urgência	1	19
Total	32.457	21.271

Fonte: Plano de Ação do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo, 2011

Quadro nº 5 – Produtividade no Serviço de Urgência

	2009	2010
Bioquímica	66	16
Hematologia	4	116
Imunologia	21	13
Microbiologia	184	222
Urgência	383.155	417.674
Total	383.430	418.041

Fonte: Plano de Ação do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo, 2011

Da análise destes quadros consegue-se perceber que a consulta externa é a área com maior percentagem de análises realizadas no Hospital em estudo.

Ou seja, as consultas externas e as urgências têm um maior número de análises realizadas tendo havido um aumento de 2009 para 2010. O Hospital de Dia apresenta um menor número de análises realizadas.

Analisando as tabelas verifica-se que no ano 2010 houve um acréscimo das análises realizadas em todas as seções, excetuando no Hospital de Dia.

3. Sistemas de Controlo de Qualidade utilizados no Serviço de Patologia Clínica

A Garantia de Qualidade permite ter o domínio da organização de todas as tarefas que levam à qualidade; abrange obrigatoriamente as fases pré – analítica, analítica e pós – analítica e necessita da implementação dum Sistema de Gestão de Qualidade e resposta aos critérios por ele definidos, possibilitando um correto exercício profissional e sendo um promotor de eficácia e eficiência no laboratório. Inclui a realização de ensaios e emissão de resultados fiáveis, baseados no cumprimento das especificações técnicas, padrões de qualidade definidos e acompanhamento do desenvolvimento científico.

Inclui a execução do Controlo de Qualidade Interno (CQI) – conjunto de procedimentos internos e respetivos registos, utilizando materiais certificados e/ou de referência secundários o que permite avaliar a precisão e a manutenção/ melhoria da precisão.

Inclui a Avaliação Externa de Qualidade (AEQ) – conjunto de procedimentos e respetivos registos que permitem a comparação interlaboratorial nacional e internacional (conforme os programas executados) dos resultados obtidos, utilizando controlos “cegos” (com valores desconhecidos). A avaliação dos resultados é feita por um organismo externo de qualidade. Permite melhorar a rastreabilidade das medições, a validação retrospectiva dos resultados e é um requisito exigido para a acreditação. Permite aferir a exatidão dos testes a controlar e receber informação comparativa.

O controlo dos dispositivos de monitorização e medição dos laboratórios, é também um passo indispensável para assegurar que as medições estejam em conformidade com o grau de exatidão pretendido e cumpram as especificações relevantes para os ensaios.

No Laboratório de Patologia Clínica do Hospital em questão não existe nenhum sistema informático específico para o controlo de qualidade. Contudo em cada um dos aparelhos existentes nas diversas secções é possível ter acesso a cartas de controlo obtidas pela passagem diária de controlo interno de cada um dos exames analisados. As cartas de controlo possibilitam validar os resultados obtidos garantindo resultados os mais próximos da realidade, exatos e precisos.

Relativamente ao controlo de qualidade externo também é prática do Laboratório de Patologia Clínica. Todos os Sectores deste Serviço participam em programas nacionais e internacionais de Avaliação Externa da Qualidade, nomeadamente INSA, UKNEQAS, RANDOX e RIQAS.

4. Gestão do Risco

O Hospital em estudo possui um departamento de Gestão de Risco responsável pela aplicação da estratégia de Gestão do Risco do Hospital. A comissão de Gestão de Risco “(...) reconhece o meio hospitalar como um local profícuo em riscos de natureza geral e natureza clínica. Como tal, pretende criar uma estrutura de gestão do risco que lhe permita a identificação, análise, avaliação, tratamento e monitorização dos mesmos, contribuindo para o desenvolvimento de um ambiente mais seguro na prestação de cuidados aos seus utentes, minimizando as perdas e otimizando os recursos” (Pasta Pública do Hospital em estudo, Política de Qualidade, 2011).

Contudo, o Serviço de Patologia Clínica encontra-se manifestamente deficitário em condições de segurança e infra-estruturas. De facto, as condições do Serviço são diminutas, contribuindo para a redução da segurança e do conforto dos profissionais do serviço bem como dos utentes comprometendo a qualidade dos serviços prestados.

De acordo com a análise de riscos de que o Serviço de Patologia Clínica foi alvo em 2008, foi concluído que o espaço existente neste serviço manifestava-se degradado e sobrelotado; deficitário nas áreas de Trabalho Laboratorial, de Armazenamento, Receção de produtos, Descontaminação, Lavagem e esterilização com circuitos separados, Vestiários, Instalações Sanitárias; inexistente uma Entrada de Prestígio, Gabinetes de validação, Salas de Médicos, Técnicos e Sala de reuniões.

No relatório relativo à visita efetuada, a 19 de Fevereiro de 2009, ao Serviço de Patologia Clínica pelo Serviço de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho constam diversas “não conformidades” tendo-se, nas que são da responsabilidade do Serviço, efetuado as correções possíveis.

Dada a exiguidade do espaço não foi possível alterar o armazenamento em altura nem alterar a localização dos postos de trabalho situados em vias de circulação dos laboratórios.

No relatório referente à visita efetuada a 24 de Novembro de 2009 pelo Serviço de Higiene, Segurança e Saúde no Trabalho continuam a constar algumas desconformidades cuja resolução é da responsabilidade do Serviço de Patologia Clínica. Decorre a montagem de uma autoclave horizontal.

Foi adquirido um “lava-olhos”. Mantêm-se, pelas razões já descritas a impossibilidade de alterar o armazenamento em altura e a localização dos postos de trabalho situados em vias de circulação.

Encontra-se aprovada a execução de pequenas obras de beneficiação no sector de Hematologia, que visam o aumento de espaço bem como algumas alterações nos sectores de Imunologia e Microbiologia.

Estas obras são pequenas obras de beneficiação que somente vem minorar riscos de segurança não visando a remodelação pretendida do Serviço.

Salienta-se ainda o risco, no que concerne à segurança e higiene, que representa o denominado “Laboratório de Urgência”. Possui um espaço exíguo e uma localização inadequada.

5. Políticas de Qualidade

Os Serviços de Patologia Clínica, Imunoalergologia: Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular, Imunohemoterapia: área laboratorial, assumem o seu empenho em melhorar continuamente a qualidade de prestação dos seus serviços e cuidados em saúde, de forma a satisfazer as expectativas e necessidades dos utentes, assim como dos profissionais que neles trabalham, em conformidade com a missão, princípios, objetivos e Política de Qualidade do Centro Hospitalar de Setúbal, o Manual Internacional de Acreditação de Hospitais/ CHKS – 2010, os códigos de boas práticas laboratoriais e legislação vigentes.

A promoção dum ambiente seguro e saudável assenta na existência de estruturas físicas e ambientais de acordo com a legislação em vigor, que cumpram os critérios do Manual Internacional de Acreditação de Hospitais/ CHKS – 2003 e nos documentos nacionais de Boas Práticas Laboratoriais.

A existência de gestores de risco local, desde que devidamente formados e acompanhados pela Comissão de Gestão do Risco são um instrumento de deteção de anomalias, oportunidades de melhoria e sua comunicação para que as entidades competentes possam intervir preventiva e corretivamente. Neste âmbito, foi feita uma compilação de regras de segurança do laboratório.

Cabe a todos os profissionais tomar conhecimento dos procedimentos hospitalares relacionados e cumprir as normas neles veiculados.

A existência do Organograma de Serviço e dos Procedimentos de Descrição de Funções e níveis de pessoal habilitado a executar cada teste, permitem a clarificação e visualização dos níveis de responsabilidade dos vários profissionais do Serviço.

A Garantia de Qualidade permite ter o domínio da organização de todas as tarefas que levam à qualidade; abrange obrigatoriamente as fases pré – analítica, analítica e pós – analítica e necessita da implementação dum Sistema de Gestão de Qualidade e resposta aos critérios por ele definidos, possibilitando um correto exercício profissional e sendo um promotor de eficácia e eficiência no laboratório. Inclui a realização de ensaios e emissão de resultados fiáveis, baseados no cumprimento das especificações técnicas, padrões de qualidade definidos e acompanhamento do desenvolvimento científico.

Inclui a execução do Controlo de Qualidade Interno (CQI) – conjunto de procedimentos internos e respetivos registos, utilizando materiais certificados e/ou de referência secundários o que permite avaliar a precisão e a manutenção/ melhoria da precisão.

Inclui a Avaliação Externa de Qualidade (AEQ) – conjunto de procedimentos e respetivos registos que permitem a comparação interlaboratorial nacional e internacional (conforme os programas executados) dos resultados obtidos, utilizando controlos “cegos” (com valores desconhecidos). A avaliação dos resultados é feita por um organismo externo de qualidade. Permite melhorar a rastreabilidade das medições, a validação retrospectiva dos resultados e é um requisito exigido para a acreditação. Permite aferir a exatidão dos testes a controlar e receber informação comparativa.

O controlo dos dispositivos de monitorização e medição dos laboratórios, é também um passo indispensável para assegurar que as medições estejam em conformidade com o grau de exatidão pretendido e cumpram as especificações relevantes para os ensaios.

A existência dos Interlocutores de Qualidade é um instrumento importante no Sistema de Gestão de Qualidade. O Serviço de Patologia Clínica tem três interlocutores de qualidade, um dos quais funciona como elemento de ligação entre os Serviços de área laboratorial e o Gabinete de Qualidade. O Laboratório de Imunologia e Biologia Molecular tem um interlocutor de qualidade, assim como o Serviço de Imunohemoterapia.

O papel do Interlocutor de Qualidade é o de “liderar e divulgar o programa de acreditação no Serviço ou outras iniciativas do Gabinete de Qualidade; servir de elo de ligação entre o Gabinete de Qualidade e o Responsável do Serviço; ser um facilitador da autoavaliação e na interpretação dos critérios...; promover a elaboração das ações corretivas com a participação dos restantes elementos e do responsável do Serviço; recolher e apresentar ao Gabinete de Qualidade toda a documentação do Serviço a inserir no Sistema Documental.”

A garantia do envolvimento de todos os colaboradores, o procurar alcançar as suas expectativas e contar com a sua aptidão e empenho para a elaboração e aplicação do sistema de gestão da qualidade, constitui o alicerce e será, sem a menor sombra de dúvida, a melhor fórmula para o sucesso das políticas de qualidade a implementar.

A formação contínua de todos os profissionais é uma vertente muito importante para o desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a motivação e melhoria contínua da prestação de cuidados em saúde.

A representação dos profissionais de Laboratório nas várias comissões multiprofissionais hospitalares e a sua participação em auditorias clínicas e auditorias internas de qualidade, para além de previstas nos requisitos ISO do Manual de Acreditação de Hospitais/ CHKS – 2010 vai dar resposta à inclusão do ponto de vista laboratorial, visto ser uma atividade médica assistencial imprescindível na complementaridade clínica de todas as valências médicas e cirúrgicas de toda a instituição.

Anualmente e, paralelamente à execução do Plano de Ação do Serviço ou, sempre que se justifique, deve o Diretor de Serviço realizar uma revisão pela gestão. Para a sua preparação deve utilizar a revisão do Plano de Ação transato, alterações na Organização, Recursos, Instalações e Equipamentos, listas de análises disponíveis, Níveis de pessoal existente e seu impacto na qualidade do Serviço, os resultados das Auditorias clínicas e Auditorias internas, o retorno de informação dos utentes (inquéritos de satisfação, reclamações e sugestões), a Análise de Risco Local, os resultados do CQI e AEQ, estudo das ações corretivas e preventivas, dados referentes à formação profissional e recomendações para a melhoria, obtidas pela colaboração direta ou indireta de todos os funcionários do Serviço.

Serão tiradas conclusões e tomadas decisões relativas à melhoria da eficácia do Sistema de Gestão de Qualidade e dos seus processos, assim como da definição de objetivos e estabelecimento, sempre que possível, dos indicadores de monitorização respetivos. Proceder-se-á a alterações da Política de Qualidade quando necessário.

Atingir e manter a Acreditação será a meta dos Serviços que se comprometem a trabalhar empenhadamente na conquista da Política de Qualidade aqui descrita.

6. Formação, Ensino e Investigação

- Formação Médica:

O Serviço formou até à presente data cinco médicos especialistas em patologia clínica e deu estágios aos internos do internato complementar de Pediatria, nas áreas de Hematologia e Microbiologia.

O Serviço entendeu não se candidatar à formação de Internos do Complementar para 2011 por considerar haver uma exiguidade e desajustamento da área laboratorial que para além de comprometer e/ou impossibilitar a montagem de novas técnicas não permite a existência de uma sala de reuniões, de uma sala de médicos ou de uma sala de técnicos.

Atualmente todos os Médicos do Serviço esgotam os seus horários na atividade assistencial de rotina diária com notório prejuízo da sua própria

formação ficando, desde logo, inviabilizada a orientação profissional dirigida a qual deve privilegiar a formação de um Interno do Complementar.

- Formação de Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica:

O Hospital em estudo colabora com a Escola Ribeiro Sanches, com a Escola Superior de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Saúde Egas Moniz, nos estágios de colheita de produtos biológicos e nos estágios obrigatórios do curso de técnico de diagnóstico e terapêutica nas áreas de Bioquímica, Hematologia, Imunologia e Microbiologia.

Com vista a facilitar o programa destes estágios e a delineação de uma participação interativa com vantagens mútuas foram já elaborados protocolos entre o Hospital em estudo e Instituições mencionadas.

Em anexo encontra-se um quadro que faz referência à formação planeada para o ano 2012. É interessante perceber o conjunto de formações dadas por ano o que demonstra uma grande preocupação na formação dos trabalhadores do Serviço de Patologia Clínica (Anexo 2).

- Investigação

O Hospital em estudo tem participado, em colaboração com outros Serviços, em múltiplos ensaios clínicos multicêntricos, nacionais e internacionais de acordo com os moldes acordados pela Instituição.

A continuidade em 2011 da colaboração do Serviço de Patologia Clínica em “Ensaio Clínicos” da responsabilidade de outros serviços, está em causa, pois segundo o relatório de inspeção ao centro de Ensaio Clínicos de um Serviço da instituição em causa, efetuado pelo Infarmed, e a propósito de um ensaio ali realizado, refere a não existência no Serviço de Patologia Clínica de frigoríficos com temperatura monitorizada para congelamento de amostras.

O serviço de Patologia Clínica participa na vigilância Epidemiológica de microorganismos multirresistentes e participamos no programa Nacional de Vigilância de Meningite Bacteriana e infeções por *Streptococcus pneumoniae*, em crianças.

Ainda no âmbito da multiresistência, colabora com a Comissão de Controlo de Infecção hospitalar em diferentes projetos com programas de vigilância a nível Nacional e Internacional.

Participa na Rede Nacional de Vigilância da Resistência aos Antibacilares com o objetivo de reduzir a morbilidade e mortalidade através da deteção de surtos de tuberculose multiresistente, caracterizando genótipicamente as estirpes de *Mycobacterium tuberculosis* isoladas, através do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Por solicitação da Unidade de Vigilância Epidemiológica da ARSLVT iniciou-se, este ano, a notificação, a esta entidade, dos casos identificados de *Listeria monocytogenes*.

Prevê-se para 20011 novo estudo nacional multicêntrico, para avaliação de estirpes microbianas hospitalares multirresistentes e seu padrão de resistência perante antibióticos a definir.

Capítulo III – Metodologia

O presente trabalho de projeto baseia-se numa investigação qualitativa. Esta apresenta as seguintes características:

- Valorização da subjetividade
- Múltiplas realidades
- Descoberta, descrição, compreensão
- Interpretativa
- Organismica
- O todo é mais do que a soma das partes
- Relatório de narrativa rica
- O investigador faz parte do processo
- Participantes
- Dependente do contexto

Streubert e Carpenter, 2002 referem que a investigação qualitativa é muito rica e recompensadora para o investigador desencadeando neste o desejo de compreender mais sobre o assunto de interesse.

Também Fortin, 1999 reforça esta ideia referindo que a investigação qualitativa visa a compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo.

No alinhamento do que estes dois autores referem, de facto, neste estudo pretende-se compreender mais sobre a metodologia Balanced Scorecard e a sua aplicação num Serviço de Patologia Clínica, sendo os dados obtidos tratados de forma qualitativa. Assim sendo, este estudo é um estudo com base numa investigação qualitativa.

1. Tipo de Estudo

O método de investigação utilizado na execução deste trabalho de projeto foi o estudo exploratório baseado no paradigma qualitativo.

“Os estudos exploratórios são essencialmente qualitativos, não visando descrever nem explicar mas apenas compreender um dado fenómeno, tendo por base um número bastante restrito de unidades amostrais” (Graça, 2009).

Neste caso concreto, este estudo visa compreender melhor quais os indicadores mais preponderantes em cada uma das perspetivas do Balanced

Scorecard criando uma proposta de aplicação desta metodologia no Laboratório de Patologia Clínica do Hospital em estudo.

Após uma intensa reflexão sobre o tema e da revisão da literatura foi definida a problemática de modo a esquematizar quais as questões que se pretendiam ver respondidas ao longo do trabalho. A escolha da população-alvo e amostra foi o passo seguinte. Esta foi selecionada tendo em conta a quantidade e qualidade da informação que podem fornecer.

Seguidamente foi necessário definir-se quais os instrumentos de recolha de dados para fundamentar com mais consistência o trabalho de projeto em questão. A entrevista foi um dos instrumentos de recolha de dados que deu uma maior consistência ao estudo e permitiu retratar com maior rigor a realidade de um Serviço de Patologia Clínica e o parecer dos profissionais de saúde relativamente às questões colocadas.

Após o registo dos dados, são apresentados os resultados de forma qualitativa e procede-se à discussão desses mesmos resultados tomando em consideração os resultados obtidos da entrevista e também outros dados que contribuíram para o estudo.

Sugere-se, posteriormente, uma proposta de aplicação da metodologia Balanced Scorecard em Serviços de Patologia Clínica.

Por fim, fazem-se as considerações finais tentando responder às questões que definiam a problemática, apresentando as limitações do estudo.

2. População-alvo e Amostra

“A amostragem é o procedimento pelo qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é escolhido de tal forma que a população inteira esteja representada” (Fortin, 1999, p.202).

Fortin, 1999 refere que qualquer trabalho de amostragem pressupõe a definição precisa da população a estudar (população – alvo) mediante alguns critérios de seleção definidos pelo próprio investigador. O importante é que a amostra selecionada seja representativa da população em estudo.

Neste trabalho de projeto a população – alvo cingiu-se a profissionais de saúde na área da Patologia Clínica com formação e experiência na área e

conhecedores do funcionamento do serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo.

A seleção da amostra foi selecionada em função da quantidade e qualidade de informação que podem fornecer. Assim sendo, optou-se por elementos com formação e experiência na área e conhecedores do funcionamento do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital em estudo.

A amostra selecionada é não - probabilística e racional, ou seja, de acordo com Fortin, 1999 uma amostra não – probabilística consiste no facto dos elementos constituintes da amostra não terem a mesma probabilidade de serem selecionados. A mesma autora refere que uma amostra racional consiste no processo de seleção de elementos ricos em informação relativamente ao fenómeno em estudo, permitindo estudá-lo em profundidade.

A amostra selecionada é constituída por 12 pessoas:

- Diretora do Serviço de Patologia Clínica (Médico Patologista)
- Coordenador do Serviço de Patologia Clínica (Técnico Coordenador de Análises Clínicas e Saúde Pública)
- Patologista Clínico da seção de Imunologia
- Patologista Clínico da seção de Bioquímica
- Patologista Clínico da seção de Hematologia
- Patologista Clínico da seção de Microbiologia
- Patologista Clínico do Laboratório de Urgência
- Analista Clínico da seção de Imunologia
- Analista Clínico da seção de Bioquímica
- Analista Clínico da seção de Hematologia
- Analista Clínico da seção de Microbiologia
- Analista Clínico do Laboratório de Urgência

A amostra que constitui este estudo foi selecionada com base em 3 critérios fundamentais. Em primeiro lugar foi tida a preocupação de se escolher participantes com formação e experiência na área da Patologia Clínica, selecionando por isso maioritariamente Médicos Patologistas e Analistas Clínicos, visto estes representarem o grupo de indivíduos que para além da

formação e experiência são conhecedores do Serviço de Patologia Clínica do Hospital em estudo, visando obter informação o mais credível possível e garantindo assim a obtenção de dados preponderantes para a conclusão do trabalho de projeto.

Por outro lado, no processo de seleção da amostra houve a preocupação de que esta fosse o mais possível representativa da população – alvo, assim sendo foi escolhido um Patologista e um Analista Clínico de cada secção mantendo alguma heterogeneidade obtendo assim informação mais rica.

Por último, o Diretor de Serviço e do Técnico Coordenador também constituem a amostra do estudo, pois considero elementos imprescindíveis na medida em que para além de serem dotados de muita experiência desempenham cargos diretamente relacionados com a gestão do Laboratório de Patologia Clínica, sendo portanto, elementos que podem partilhar informação muito enriquecedora para a execução deste estudo.

3. Instrumentos de Recolha de dados

A recolha de dados é uma operação que consiste em recolher ou reunir concretamente as informações determinadas junto das pessoas ou das unidades de informação incluídas na amostra (Quivy, 1998).

A recolha de dados foi efetuada recorrendo a entrevistas exploratórias em profundidade elaboradas a pessoas conhecedoras do Serviço de Patologia Clínica e análise documental da instituição em questão.

Na generalidade este trabalho de projeto foi baseado numa profunda reflexão sobre o tema e a sua pertinência num Laboratório de Patologia Clínica e como não poderia deixar de ser também se baseou numa revisão de literatura e na análise documental disponibilizada pelo Serviço de Patologia Clínica.

✓ Entrevista

A entrevista é uma técnica de recolha de informação sob a forma de comunicação verbal entre o investigador e os participantes. A entrevista aberta constitui uma das estratégias mais frequentemente usadas para a colheita de dados.

Este tipo de metodologia é muito utilizada em estudo exploratórios, como é o caso.

No caso deste trabalho de projeto recorreu-se à entrevista exploratória em profundidade, com o objetivo de obter o parecer de alguns profissionais de saúde do Serviço de Patologia Clínica acerca de quais os indicadores mais usados neste serviço e da sua importância na elaboração do planeamento estratégico. Os resultados das entrevistas efetuadas pretendem avaliar os conhecimentos dos profissionais no que diz respeito à medição e gestão da performance, percebendo até que ponto o serviço está sensibilizado para a necessidade do uso de metodologias de gestão estratégica no âmbito da melhor qualidade dos serviços prestados. Por outro lado, os resultados das entrevistas também pretendem ajudar a construir uma proposta de implementação do Balanced Scorecard neste serviço.

A entrevista exploratória é muito útil numa fase inicial do processo de investigação, ou seja na fase da revisão de literatura e exploração de outras fontes de informação (Graça, 2009).

Contudo, é a entrevista em profundidade que serve para colmatar a insuficiência de fontes bibliográficas e serve para o investigador se familiarizar com o objeto de estudo.

De um modo geral distinguem-se dois tipos de entrevista: a entrevista estruturada e a entrevista não estruturada. A entrevista estruturada é aquela em que o investigador exerce o máximo controlo sobre o conteúdo, o desenrolar da entrevista, a análise e a interpretação de medida (Fortin, 1999).

Por outro lado a entrevista não estruturada é aquela em que a formulação e a sequência das questões não são predeterminadas, mas deixadas à livre disposição do entrevistador (Fortin, 1999).

No presente trabalho de projeto foi utilizado entrevistas semi-estruturadas em que é dado aos participantes alguma liberdade de resposta onde há uma seriação prévia de questões, delimitando os tópicos a abordar (guião de entrevista, anexo 3). Neste tipo de entrevistas recorre-se a questões abertas e fechadas, dando liberdade de resposta aos participantes mas não deixando que estes divaguem no tema, evitando que se afaste do objetivo pretendido.

Neste caso o investigador assume um papel orientador da entrevista apelando ao raciocínio dos participantes, extraindo destes o máximo de informação.

Preparação da entrevista e seu desenvolvimento

Anteriormente à execução da entrevista foi elaborado um plano no qual o objetivo geral do tema a cobrir está indicado, bem como os sub-temas, seguindo uma ordem lógica.

As entrevistas foram conduzidas face a face e no local e em momentos adequados aos participantes, facilitando a partilha de informação. É extremamente importante ter em conta os fatores ambientais na medida que estes podem condicionar o desenrolar da entrevista, optou-se portanto, por um ambiente calmo.

É fundamental que o investigador crie um ambiente de empatia com os participantes, deixando-os à vontade para responder a todas as questões de forma clara e sem inibições, motivando os participantes.

Os critérios inerentes ao entrevistador também foram tidos em conta, nomeadamente a motivação transmitida, credibilidade e conhecimento do objetivo da entrevista,

Quanto aos meios de registo foi utilizado gravador, sendo o método mais prático de registar toda a informação adquirida ao longo da entrevista.

O guião de entrevista é um texto que serve de base à realização de uma entrevista propriamente dita.

Antes de realizar qualquer entrevista, é necessário seleccionar o tema, os objetivos da entrevista e a pessoa a entrevistar. Foi elaborado um pré-teste de modo a validar o guião da entrevista, isto é, foi efetuada a entrevista a um profissional do Serviço de Patologia Clínica para garantir que as questões eram claras e perfeitamente percetíveis, sendo o seu resultado apresentado no anexo 3.

Seguidamente são apresentadas um conjunto de regras que foram tidas em conta na elaboração de um guião de entrevista:

Regras para a elaboração do guião de entrevista

1. Elaborou-se perguntas de acordo com o tema, os objetivos da entrevista, as expectativas do investigador.

2. As questões elaboradas foram abertas e fechadas, evitando influenciar as respostas e procurou-se alternativas para eventuais fugas ao tema.
3. Adequou-se as questões ao entrevistado (personalidade, nível etário, experiência profissional..) e à situação (momento e lugar)
4. Seleção de uma linguagem clara, acessível e rigorosa
5. Estabeleceu-se um número de questões e procedeu-se à sua ordenação
6. A informação obtida no decorrer da entrevista foi registada de forma eficaz

✓ **Revisão da Literatura**

Quanto à revisão da literatura, esta foi baseada em pesquisas bibliográficas efetuadas nas bibliotecas, nomeadamente a biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública, onde foram consultados alguns manuais, teses de mestrado e artigos referentes ao tema abordado neste trabalho de projeto. A literatura consultada foi bastante útil para consolidar conhecimentos e serviu de base de sustentação ao trabalho apresentado.

✓ **Análise Documental**

A análise documental analisada foi essencialmente documentos fornecidos pela própria instituição, nomeadamente:

- Consulta dos Planos de ação do Laboratório de Patologia Clínica, nomeadamente do ano 2011
- Acesso à pasta pública do Hospital referenciado onde se encontram entre outros os seguintes relatórios: a) Política de Qualidade em Análises Clínicas; b) Estratégias de Qualidade; c) Plano de Formação 2011).
- Manual de Políticas e Procedimentos

4. Delineamento da Investigação

O primeiro passo para iniciar este trabalho de projeto foi definir o tema do trabalho tomando consciência da sua pertinência. Seguidamente foram definidos os objetivos pretendidos com a execução deste trabalho e quais as questões fundamentais a serem respondidas no final do projeto.

Posto isto, é fundamental proceder-se ao enquadramento teórico onde serão abordados diversos temas preponderantes para a compreensão do tema, nomeadamente os conceitos relacionados com a Qualidade em Saúde, Medição e Gestão da Performance, Estratégia e Balanced Scorecard como metodologia de Gestão da Performance.

Após uma extensa pesquisa sobre o tema segue-se a caracterização do Hospital em Estudo relativamente à sua atividade assistencial, sua produtividade, sistemas de controlo de qualidade utilizados, gestão de risco, políticas de qualidade e formação dada aos profissionais no Serviço de Patologia Clínica do Hospital em Estudo.

No âmbito do estudo, e após conhecidas as características do Serviço de Patologia Clínica segue-se a parte metodológica do trabalho. Esta consiste em definir qual o tipo de estudo apresentado, selecionar a população-alvo e amostra do estudo sendo estas fundamentais para a obtenção de resultados o mais próximo da realidade.

O instrumento para a recolha de dados utilizado neste trabalho de projeto foi a entrevista. O guião da entrevista foi elaborado de acordo com as regras já anteriormente mencionadas.

Devido ao facto deste trabalho se tratar de um trabalho de projeto a entrevista não foi realizada na prática. No entanto o correto seria fazer a entrevista a todos os que constituem a amostra deste trabalho.

A entrevista seria efetuada individualmente a um profissional pedindo-lhe que respondesse de forma clara a todas as questões. Todas as questões são feitas de maneira a que o entrevistado não se disperse na resposta para que as respostas sejam o mais conclusivas possível.

A entrevista terá uma duração de aproximadamente 10 minutos por cada entrevistado, embora este tempo seja sempre relativo depende de entrevistado para entrevistado.

A entrevista seria gravada, após permissão de cada um dos entrevistados, para que nenhuma informação fosse perdida.

Depois de todas as entrevistas realizadas é fundamental a recolha da informação e o tratamento dos dados. A recolha da informação é feita preenchendo o guião com o que cada um dos entrevistados referiu, para isso

será necessário ouvir, por vezes mais do que uma vez, as gravações das entrevistas realizadas a cada um dos entrevistados.

Posto isto, a informação é compilada e é feito o tratamento dos dados recorrendo a programas estatísticos. Esta informação pode ser demonstrada através de gráficos e tabelas.

Assim está facilitada a interpretação dos dados retirando as respetivas conclusões e tentando responder às questões inicialmente colocadas no início do trabalho, interligando com a informação já obtida a partir da pesquisa bibliográfica.

5. Implicações Éticas

“A investigação qualitativa traz consigo um novo conjunto de considerações éticas” (Streubert e Carpenter, 2002, p.37).

A ética consiste no conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e servem de guias da sua conduta. “Assim, subjacentes à conduta humana, desenvolveram-se preceitos e leis provenientes das normas e de um sistema de valores para orientar os julgamentos, as atitudes e os comportamentos das pessoas, dos grupos e das sociedades” (Fortin, 1999, p.114).

No decorrer deste estudo foram respeitados 3 princípios, de acordo com Streubert, e Carpenter, 2002:

- Princípio da não maleficência – Consiste no critério de sensibilidade por parte do investigador que deve perceber se em algum momento do estudo está a afetar negativamente o participante, devendo o investigador interromper a participação deste.
- Princípio da autonomia – Consiste na obtenção de consentimento informado por parte dos participantes do estudo. Os participantes deste estudo devem estar perfeitamente informados quais os objetivos do estudo, o que se pretende e o que é feito com os resultados obtidos. Os investigadores devem reavaliar o consentimento informado dos participantes em diversos pontos do processo, sendo a sua participação

voluntária e é-lhes concedida a liberdade de desistir a qualquer momento do estudo.

- Princípio da beneficência e justiça – consiste em assegurar confidencialidade e anonimato aos participantes do estudo. A confidencialidade garantida ao participante consiste em garantir que toda a informação fornecida não é publicamente divulgada ou acessível a partes que não as envolvidas na investigação e o anonimato consiste em não divulgar a identidade do participante. Obviamente que numa entrevista (instrumento de recolha de dados utilizado), para o investigador é impossível preservar o anonimato dos participantes, apenas pode garantir que a sua identidade e a sua associação com as informações dadas não são divulgadas para o exterior.

Neste âmbito, no decorrer deste trabalho de projeto todos estes aspetos foram tidos em consideração.

Para a realização deste trabalho de projeto foi tomado como referência o Laboratório de Patologia Clínica de um determinado Hospital, EPE, tendo sido utilizados alguns dados que ajudaram na elaboração deste trabalho. Por outro lado também a amostra do estudo, como já foi referido, é constituída por elementos que integram as diferentes secções de um Laboratório de Patologia Clínica.

Neste sentido, o primeiro passo foi enviar uma carta ao Conselho de Administração a pedir autorização para a realização do presente trabalho (Anexo 4). Contudo não obtive qualquer resposta por parte do Conselho de Administração, tendo apenas recebido o total apoio da Diretora do Serviço de Patologia Clínica e do Coordenador dos Técnicos de Análises Clínicas do Hospital em estudo, reconhecendo a pertinência do estudo para o Serviço de Patologia Clínica. Assim sendo, por questões de natureza ética optei por não divulgar o nome da instituição em causa nem o nome dos participantes, preservando assim o anonimato do Hospital.

Relativamente aos participantes será obtido o consentimento informado e garantido o anonimato e a confidencialidade da informação recolhida.

Capítulo IV – Conclusões

No final deste trabalho de projeto os objetivos inicialmente propostos foram cumpridos.

O Balanced Scorecard constitui uma ferramenta muito útil no desenvolvimento de um plano estratégico, sendo uma metodologia bastante inovadora na medida em que se preocupa com a medição de valores financeiros e não financeiros, consistindo uma metodologia mais completa relativamente a outras metodologias tradicionalmente implementadas.

A grande diferença entre o Balanced Scorecard e outras metodologias de gestão assenta no facto de no Balanced Scorecard os indicadores e objetivos estarem divididos em quatro perspetivas distintas (perspetiva Clientes, financeira, processos internos e perspetiva crescimento e aprendizagem) apresentando-os de forma muito clara e bem organizada. Por outro lado, a grande dificuldade da maioria das organizações reside no alinhamento das pessoas, processos e infraestruturas com a estratégia, facto que com a implementação do Balanced Scorecard é superado, visto ser uma característica desta metodologia.

O Balanced Scorecard deixou de ser um simples sistema de medição da performance e passou a ser um verdadeiro sistema de gestão estratégica que teve a sua adaptação aos serviços públicos pelas vantagens que apresentava na melhoria da performance de uma organização.

A nível de implementação do Balanced Scorecard, este está perfeitamente documentado no âmbito empresarial. Contudo, nos serviços públicos nomeadamente a nível Hospitalar a sua implementação é muito diminuta, principalmente em Laboratórios de Patologia Clínica. O tema escolhido para este trabalho apesar de ser extremamente pertinente devido ao facto da sua aplicação à área da saúde ser recente, não existe muita literatura a este respeito, constituindo um fator limitativo à elaboração deste trabalho de projeto.

O grande desafio deste trabalho foi tentar formular uma proposta de implementação no serviço de Patologia Clínica tomando como referência alguma informação do planeamento estratégico do serviço de Patologia Clínica do Hospital referenciado.

A ideia surgiu da consciência pela necessidade de mudança de alguns fatores críticos do serviço. Considero que é fundamental adotar um outro sistema de gestão ou até complementar com outros sistemas de modo a atingir em última análise a excelência apostando cada vez mais na qualidade dos serviços prestados e caminhando na direção da missão e visão do serviço.

A questão da qualidade é uma preocupação que está patente em todas as organizações, e no caso da saúde este critério assume um peso muito maior. É imprescindível que se trabalhe arduamente para se conseguir resultados com mais qualidade garantindo a eficiência e sustentabilidade dos serviços prestados.

Na minha perspetiva o Balanced Scorecard seria uma possibilidade bastante viável para o Laboratório de Patologia Clínica, na medida em que, como já foi referido, esta metodologia apresenta-se muito bem organizada em quatro perspetivas e admitindo que os objetivos definidos refletem as necessidades do serviço e que a escolha dos indicadores é a correta é possível traçar um plano estratégico representado de forma muito clara em mapas estratégicos, facilitando a comunicação da estratégia a implementar e ajudando na tomada de decisão com o intuito de melhorar.

Contudo, na realidade esta metodologia a nível Hospitalar já foi implementada em alguns países mas a nível nacional ainda não há registo da sua implementação, muito menos no âmbito do Laboratório de Patologia Clínica.

De facto, como refere Francisco Serra, membro da administração do Hospital de Faro, as metodologias tradicionais ainda estão muito enraizadas em todo o Serviço Nacional de Saúde e a implementação de uma nova metodologia não é ainda bem aceite.

No meu ponto de vista, considero que seria importante apelar à mudança, mudar mentalidades e apostar num sistema inovador que incentiva o trabalho em equipa e a motiva no sentido de atingir o bem da organização que vai ao encontro da missão do serviço.

No âmbito do Laboratório de Patologia Clínica do Hospital referenciado, penso que a implementação desta metodologia podia funcionar, embora não possa afirmar com certeza uma vez que não foi efetuado um estudo detalhado

Relativamente às perspetivas futuras sugiro uma proposta de Implementação da metodologia Balanced Scorecard no Laboratório de Patologia Clínica (Anexo 5).

No Anexo 5 encontra-se descrita uma proposta de implementação que se baseia nos conhecimentos adquiridos através da pesquisa bibliográfica, da análise documental disponibilizada pelo serviço de Patologia Clínica do Hospital referenciado e também pela informação obtida a partir da única entrevista efetuada (entrevista pré-teste, anexo 2).

Termino o meu trabalho de projeto com a consciência que muito há ainda a investigar nesta problemática. Inclusivamente seria interessante efetuar a entrevista a uma amostra muito mais vasta de forma a conseguir mais informação acerca dos indicadores mais adequados no planeamento estratégico de um Laboratório de Patologia Clínica.

A elaboração deste trabalho deixou em mim a vontade de aprofundar mais o tema e o interesse em implementar efetivamente o Balanced Scorecard num Laboratório de Patologia Clínica, de modo a conseguir concluir com certeza acerca da importância do uso desta metodologia neste serviço no que diz respeito à melhoria da qualidade, da efetividade e da eficiência.

Bibliografia

ALMEIDA, J.; PIRES, A. - Acreditação: Vantagens e dificuldades da implementação de um Sistema de Qualidade num laboratório de ensaio/calibração. Departamento de Química da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. 101 (Abril/Junho 2006) 34-39.

CASTA, M. et al. – Cuadro de mando integral en el laboratorio clínico: indicadores de perspectiva interna del negocio. Gac Sanit. 23:3 (2009) 250-252.

COELHO, L. - Acreditação de serviços de saúde: Cenários e Perspetivas. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 1998. Dissertação elaborada no âmbito do XXVI Curso de Especialização em Administração Hospitalar 1996/1998 ministrado pela ENSP.UNL.

COKINS, G. - Performance Management: Integrating Strategy Execution, Methodologies, Risk and Analytics. 1ª ed. New Jersey: John Wiley and Sons, 2009.

COKINS, G. - Performance Management: Finding the missing pieces (to close the intelligence gap). 1ª ed. New Jersey: John Wiley and Sons, 2004.

DRUCKER, P. - What Business Can Learn from Nonprofits. Harvard Business Review. 67:4 (July-August 1989) 88-93.

DECRETO-LEI nº 564/99. D.R. 1ª Série. 295 (21/12/1999) 9083-9100 – Regulamentação da carreira de Técnico de Diagnóstico e Terapêutica.

ECCLES, R. - The Performance Measurement Manifesto. Harvard Business Review. 69:1 (January-February 1991) 131-137.

FINLAND. MINISTRY OF FINANCE – Public Management Department: Handbook of Performance Management. Helsinki: Edita Prima PLC, 2006.

FORTIN, M. - O Processo de Investigação: Da conceção á realização. Lisboa: Lusociência, 1999.

GODINHO, L. - Um modelo equilibrado de Gestão estratégica para hospitais portugueses: Arquitetura do modelo para o Centro Hospitalar de Lisboa Central, E.P.E. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do XXXVII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 2007/2009 ministrado pela ENSP.UNL.

GRAÇA, L. - Guião para o Desenho, Redação e Aplicação de Questionários e Guiões de Entrevista. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2009. Texto policopiado distribuído no âmbito da disciplina de métodos qualitativos do VCMGS. (Textos, T1069)

HOWERTON, D. et al. - Proficiency Testing Performance in US Laboratories: results reported to the Centers for Medicare and Medicaid Services, 1994 through 2006. Arch Pathol Lab Med. 134:5 (May 2010) 751-758.

ILAC – INTERNATIONAL LABORATORY ACCREDITATION COOPERATION – ISO 15189 Medical Laboratory Accreditation, 2011. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.ilac.org/documents/ILAC_Medical_lab_%20Accred.pdf

ILAC – INTERNATIONAL LABORATORY ACCREDITATION COOPERATION – Laboratory Accreditation or ISO 9001 Certification?, 2011. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.ilac.org/documents/Bro_english/laboratory_accred_or_cert.pdf

IPAC – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO – A acreditação, 2008. [Em linha] [consult.19/07/1012]. Disponível em

<http://www.ipac.pt/ipac/funcao.asp>

IPAC – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO – Entidades Acreditadas: Laboratórios de Análises Clínicas, 2008. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.ipac.pt/pesquisa/ficha_15189.asp?id=E0007

IPAC – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO – Entidades Acreditadas: Laboratórios de Análises Clínicas, 2010. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.ipac.pt/pesquisa/ficha_15189.asp?id=E0011

IPAC – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO – Procedimentos para Acreditação de Laboratórios, 2011. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

<http://www.ipac.pt/documents.asp>

IPAC – INSTITUTO PORTUGUÊS DE ACREDITAÇÃO – Guia Interpretativo da ISO 15189, 2006. [Em linha] [consult.19/7/2012]. Disponível em

<http://www.ipac.pt/docs/documentos.asp>

IMPERATORI, E. – Mais de 1001 conceitos para melhorar a qualidade dos serviços de saúde - glossário. Lisboa: Edinova,1999.

KAILNER, A. – Quality management in the medical laboratory: a comparison of draft standards. Department of Clinical Chemistry, Karolinska Hospital. 278:2 (December 1998) 111-119.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - The Balanced Scorecard: Measures That Drive Performance. Harvard Business Review. (January- February 1992) 71-79.

KAPLAN, R.; NORTON, D. – Putting the Balanced Scorecard to work. Harvard Business Review. (September 1993) 1-17.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review. 74 (January-February 1996) 75-85.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - The Strategy - Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive in the new Business Environment. Boston: Harvard Business School Press, 2001.

KAPLAN, R.; NORTON, D. - Strategy Maps. Boston: Harvard Business School Press, 2004.

KAPLAN, R.; NORTON, D. – Alignment: Using the Balanced Scorecard to Create Corporate Synergies. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

KAPLAN, R.; NORTON, D. – How to Implement a New Strategy Without Disrupting your Organization. Harvard Business Review. (March 2006) 1-10.

KAPLAN, R.; NORTON, D. – Mastering the Management System. Harvard Business Review. (January 2008) 1-17.

LOPES, H. – Acreditação de laboratórios. [Em linha] Portugal IQA: Inovação e Qualidade Assistida: Sistemas de Gestão da Qualidade, 2009. [consult. 19/07/2012]. Disponível em

<http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=downloaddocument&articleid=100&document>

LUPI, S. et al. – Multidimensional evaluation of performance with experimental application of balanced scorecard: a two year experience. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 9:7 (2011) 1-5.

MATOS, L. – A utilização do Balanced Scorecard para Monitorar o desempenho de um Hospital. Minho: Universidade do Minho, 2006. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado em sistemas de informação 2004/2006 ministrado pela Universidade do Minho.

NEELY, A. et al. – The Performance Prism: The Scorecard for Measuring and Managing Business Success. Edinburgh: Pearson Education, 2002.

NIVEN, P. – Balanced Scorecard Step-By-Step: for Government and Nonprofit Agencies. New Jersey: John Wiley and Sons, 2003.

OSBORNE, D.; GAEBLER, T. - Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit Is Transforming the Public Sector. Massachusetts: Addison-wesley, 1992.

PARREIRA, P. – As Organizações. Coimbra: Formasau, 2005.

PEREIRA, J. – Contributo para a conceção de um Balanced Scorecard num Equipamento de uma Organização sem fins lucrativos. Lisboa: ISCTE-IUL Instituto Universitário de Lisboa, 2009. Dissertação elaborada no âmbito do Mestrado de Gestão 2007/2009 ministrado pelo ISCTE-IUL.

PEREIRA, J. et al. – Avaliação de Desempenho das Organizações de Saúde. Algarve: Universidade do Algarve, Faculdade de Economia, 2009. Trabalho elaborado no âmbito da pós-graduação em Gestão e Administração em Saúde 2009/2010 ministrado por UALG-FE.

PINTO, F. – Balanced Scorecard: Alinhar Mudança, Estratégia e Performance nos Serviços Públicos. 1ª Edição. Lisboa: Sílabo, 2009.

PORTUGAL. IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Acreditação de Laboratórios: O que é a Acreditação de um Laboratório?, 2003. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=62

PORTUGAL. IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Acreditação de Laboratórios: Os Laboratórios devem optar pela Acreditação ou Certificação?, 2003. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=63

PORTUGAL.IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Certificação: Invista na sua Qualidade, 2003. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=82&category_id=49

PORTUGAL.IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Certificação na área da Saúde, 2003. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=83&category_id=49

PORTUGAL.IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Certificação: Como avançar para a Certificação, 2003. [Em linha] [consult.19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=95&category_id=49

PORTUGAL.IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Certificação: Ainda tem dúvidas? Conheça algumas vantagens da Certificação, 2003. [Em linha] [19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=96&category_id=49

PORTUGAL.IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Acreditação de Laboratórios, 2003. [Em linha] [19/07/2012]. Disponível em

http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&article_id=100

PORTUGAL.IQA – INOVAÇÃO E QUALIDADE ASSISTIDA – Certificação: MultiQC- Software de Controlo da Qualidade em Análises Clínicas, 2003. [Em linha] [19/07/2012]. Disponível em

<http://www.iqa.pt/index.php?mod=articles&action=viewArticle&articleid=101&categoryid=49>

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL,EPE. – Plano de ação. Setúbal: Serviço de Patologia Clínica, 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL,EPE. – Políticas de Qualidade. Setúbal: Serviço de Patologia Clínica, 2011.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, EPE. – Estratégias de Qualidade. Setúbal: Manual de Políticas e procedimentos, 2011.

QUIVY, R. – Manual de Investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva, 1998.

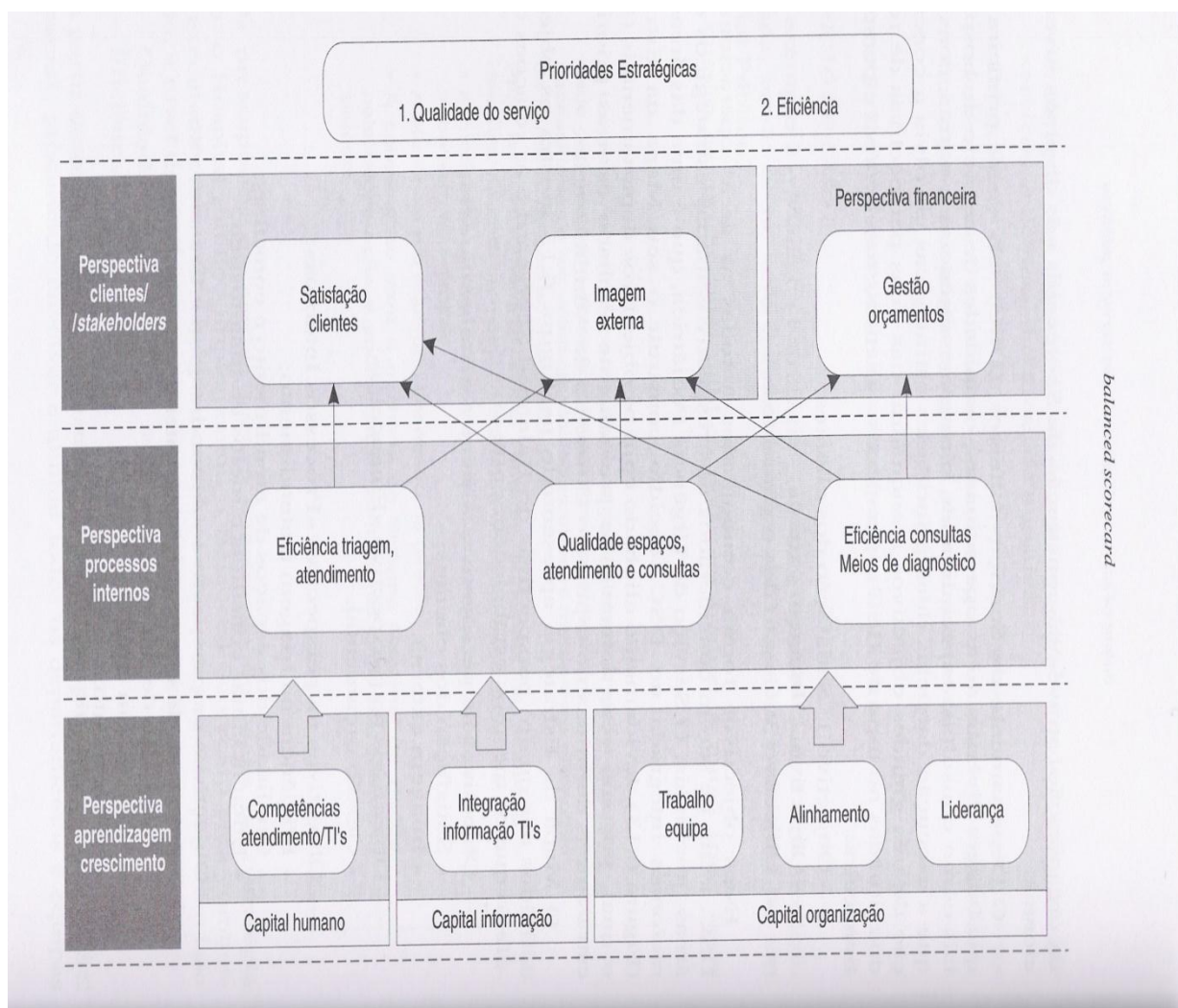
STREUBERT, H.; CARPENTER, D. – Investigação Qualitativa em Enfermagem. 2ª Edição. Lisboa: Lusociência, 2002.

VERZOLA, A. et al. – Multidimensional evaluation of performance: experimental application of the balanced scorecard in Ferrara university hospital. Cost Effectiveness and Resource Allocation. 7:15 (8 September 2009) 1-8.

Anexos

Anexo 1
Mapa Estratégico de um Hospital Público – Serviço de urgência Pediátrica

Figura nº 8 – Mapa Estratégico de um Hospital Público – Urgência Pediátrica



Fonte: Pinto, 2009, p. 196

Anexo 2
Guião de Entrevista

- 1) No Serviço de Patologia Clínica existe padronização e documentação que descreva a estrutura e o funcionamento do Serviço nas diversas seções? Se sim diga qual/quais.
- 2) O Planeamento Estratégico do Serviço de Patologia Clínica é revisto com que periodicidade?
- 3) Qual o processo de seleção para os indicadores utilizados?
- 4) Numa escala de 0-5 classifique cada um dos indicadores atendendo ao seu grau de preponderância para o bom funcionamento do Serviço de Patologia Clínica. Fundamente
 - a) Indicadores de Qualidade
 - b) Indicadores Financeiros
 - c) Indicadores de Acesso
 - d) Indicadores de Produção
 - e) Indicadores de Satisfação
- 5) Enumere quais os indicadores de qualidade, financeiros, de acesso, produção e satisfação mais utilizados no serviço de Patologia Clínica.
- 6) A seleção adequada e a análise dos resultados dos indicadores facilitam a tomada de decisão?
- 7) Considera que todos os profissionais deste Serviço estão conscientes dos esforços necessários para a concretização dos objetivos definidos?
- 8) Na sua perspetiva as metodologias de gestão utilizadas são as mais adequadas?

Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista

Anexo 2
Guião de Entrevista - Pré-teste

- 1) No Serviço de Patologia Clínica existe padronização e documentação que descreva a estrutura e o funcionamento do Serviço nas diversas seções? Se sim diga qual/quais.

Sim, no Serviço de Patologia Clínica está disponível a todos os profissionais, na pasta pública do Hospital, toda a documentação de todos os serviços que constituem o Hospital, nomeadamente as políticas da qualidade, planos de ação de cada serviço, circulares informativas, decretos-lei que podem ser consultados por todos os profissionais da instituição.

Neste serviço é elaborado o plano de ação para o ano seguinte. Este documento refere a missão e a visão do serviço, bem como é caracterizado os serviços prestados.

O plano de ação contribui essencialmente para a planificação dos objetivos, delineando um plano estratégico constituído pelos objetivos definidos pelo serviço e recorrendo a indicadores que permitem medir e quantificar a performance tendo em conta as metas fixadas. Este documento visa a melhoria contínua da qualidade direcionando o serviço no sentido da sua missão.

- 2) O Planeamento Estratégico do Serviço de Patologia Clínica é revisto com que periodicidade?

A periodicidade da revisão do Planeamento Estratégico é de um ano.

- 3) Qual o processo de seleção para os indicadores utilizados?

Os indicadores são selecionados de acordo com as necessidades do serviço.

4) Numa escala de 0-5 classifique cada um dos indicadores atendendo ao seu grau de preponderância para o bom funcionamento do Serviço de Patologia Clínica. Fundamente.

- a) Indicadores de Qualidade - 5
- b) Indicadores Financeiros - 4
- c) Indicadores de Produção - 4
- d) Indicadores de Satisfação – 5

Na minha opinião os indicadores de qualidade e de satisfação do utente são os indicadores com mais peso no serviço de Patologia Clínica, na medida em que são os principais reveladores do bom funcionamento deste serviço. No entanto, não é possível alcançar a sucesso ignorando os indicadores financeiros e de produção.

Assim sendo, optei por atribuir cinco aos indicadores de qualidade e satisfação e menos um ponto aos indicadores financeiros e de produção. No entanto os quatro são fundamentais para obtermos resultados mais eficientes.

5) Enumere quais os indicadores de qualidade, financeiros, produção e satisfação mais utilizados no serviço de Patologia Clínica.

Indicadores de Qualidade

- Nº de levantamento de riscos clínicos e não clínicos efetuados por ano
- Nº de auditorias internas realizadas no serviço por ano
- Nº de novos procedimentos setoriais implementados no serviço por ano

Indicadores financeiros

- Custo com o consumo de produtos farmacêuticos e material clínico
- Custo com recursos humanos
- Custo com o consumo de fornecimentos e serviços externos

Indicadores de Produção

- Nº de análises realizadas em cada seção

Indicadores de satisfação

- Grau de satisfação do utente

- 6) A seleção adequada e a análise dos resultados dos indicadores facilitam a tomada de decisão?

Certamente que sim. Os indicadores são considerados ferramentas de informação integrantes no processo de tomada de decisão. Logo, analisando os resultados é possível chegar a conclusões relativamente ao modo como trabalhamos tendo uma maior perceção das falhas.

Deste modo, a necessidade de desenvolver ações para colmatar essas falhas são urgentes, facilitando a tomada de decisão no sentido de melhorar os resultados obtidos.

De fato, a análise dos resultados dos indicadores obriga a refletir no que falhou constituindo o primeiro passo para a mudança e para a tomada de decisão.

- 7) Considera que todos os profissionais deste Serviço estão conscientes dos esforços necessários para a concretização dos objetivos definidos?

Todos os profissionais têm essa consciência basta analisar os dados disponíveis. Contudo é visível o desinteresse por parte dos profissionais em conseguir melhores resultados, verifica-se uma grande desmotivação, não facilitando a melhoria.

O sucesso de qualquer metodologia de gestão passa fundamentalmente por um trabalho de equipa muito consistente funcionando de forma integrada no sentido de um único objetivo - melhorar a performance e obter resultados com maior eficiência.

- 8) Na sua perspetiva considera que as metodologias de gestão utilizadas são as mais adequadas?

As metodologias utilizadas, a meu ver, são metodologias tradicionais que permitem ter noção dos pontos fortes e pontos fracos da organização e por observação dos resultados dos indicadores é possível aferir acerca da qualidade dos serviços prestados, incentivando a mudança no sentido de melhorar os resultados. Contudo, estas metodologias mostram-se insuficientes e desajustadas, assim sendo, penso que estaria na altura de apostarmos numa

metodologia mais inovadora que nos desse informação mais precisa do que é preciso melhorar, nomeadamente recorrendo a um sistema de gestão estratégica mais detalhado e não tão abrangente.

A necessidade de mudança é evidente e o uso de uma nova metodologia pode ser o primeiro passo para se atingir o sucesso.

Muito obrigado, pela sua participação e pelo tempo gasto com esta entrevista

Anexo 3
Formação Planeada para ao ano 2011

Quadro nº 9- Formação Planeada no ano 2011

FORMAÇÃO PLANEADA ANO 2011							
Denominação da Formação	Destinatários	N.º de Formandos por Grupo Balanço Social		Identificação dos Formadores	N.º de Formadores por Acção		Duração Horas
		Grupo	Nº		Internos	Externos	
FORMAÇÃO CONTÍNUA OBRIGATÓRIA							
Encontros formativos para elementos de ligação a chefias dos Serviços		Médicos	1				
Encontros formativos para elementos de ligação a chefias dos Serviços		TDT	3				
3º Encontro de Infecção Hospitalar		Médicos	6				
3º Encontro de Infecção Hospitalar		TDT	15				
3º Encontro de Infecção Hospitalar		Adm.	4				
3º Encontro de Infecção Hospitalar		Assist. Op.	6				
Formação CCI – Elementos de ligação		Médicos	6				
Formação CCI – Elementos de ligação		TDT	20				
Formação CCI – Elementos de ligação		Adm	4				
Formação CCI – Elementos de ligação		Assist. Op.	6				
Precauções para microorganismos facilmente transmissíveis		Médicos	6				
Precauções para microorganismos facilmente transmissíveis		TDT	25				
Risco Clínico, Indicadores e auditoria clínica		Médicos	2				
Risco Clínico, Indicadores e auditoria clínica		TDT	2				
Suporte básico de vida		Médicos	3				
Suporte básico de vida		TDT	20				
Triagem de resíduos hospitalares		Médicos	6				
Triagem de resíduos hospitalares		TDT	25				
Triagem de resíduos hospitalares		Assist. Op.	4				
Curso de manuseamento de extintores nos combate a incêndios		Médicos	6				
Curso de manuseamento de extintores nos combate a incêndios		TDT	25				
Curso de manuseamento de extintores nos combate a incêndios		Adm.	4				
Curso de manuseamento de extintores nos combate a incêndios		Assist. Op.	6				
Acção de sensibilização relativa ao relato de incidente		Médicos	6				

SERVIÇO DE PATOLOGIA CLINICA

Pág. 13 de 31

SERVIÇO DE PATOLOGIA CLÍNICA

Pág. 13 de 31

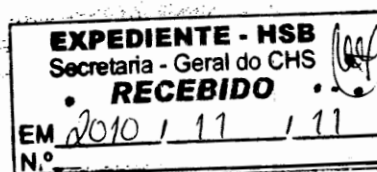
Fonte: Plano de ação do Serviço de Patologia Clínica, 2011, p.13

Anexo 4
Carta ao Conselho de Administração a pedir autorização para a realização do presente trabalho

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE

Ex.^{ma} Sr. Presidente

Dr. Alfredo Lacerda Cabral



Eu, Telma Susana Milheiro Carrondo, aluna do V Mestrado de Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública / Universidade Nova de Lisboa e profissional de saúde nesta instituição - Técnica de Análises Clínicas e Saúde Pública, do Serviço de Patologia Clínica (urgência), venho por este meio requerer autorização para desenvolver o meu trabalho de projecto essencial para a aquisição do grau Mestre, garantindo a salvaguarda de toda a informação utilizada de acordo com os pressupostos éticos inerentes a um trabalho desta natureza.

O trabalho de projecto que pretendo desenvolver tem o título (provisório): "*Balanced Scorecard como metodologia utilizada no planeamento estratégico adaptado à realidade de um Laboratório de Análises Clínicas*" e será orientado pelo Professor Doutor Paulo Sousa do grupo de disciplinas de Estratégias de Acção em Saúde ENSP/UNL.

O Coordenador do serviço de Patologia Clínica – Técnico Coordenador João Paulo Pedrosa e a Directora de Serviço – Dr^a Jesuina Duarte têm conhecimento da minha pretensão, tendo recebido total apoio de ambas as partes, condicionado a autorização de V.Ex.^a.

Em anexo envio os objectivos do trabalho que consubstanciam a minha escolha como profissional de Saúde desta instituição Hospitalar.

Antecipadamente grata pela atenção de V. Ex.^a, subscrevo-me com a mais elevada consideração.

Com conhecimento do Coordenador e Directora de Serviço

Peço deferimento

Com os meus melhores cumprimentos,

Telma Carrondo

14/10 / 14/10/10

11/11/2010

Comunicação de facto
o interesse para o serviço e
para a Instituição, o qual
é considerado de grande
utilidade para a
Instituição.
11/11/2010

Anexo 5
Proposta de Implementação da metodologia Balanced
Scorecard no Laboratório de Patologia Clínica

A implementação do Balanced Scorecard no Laboratório de Patologia Clínica implica o delineamento de uma estratégia clara, bem formulada e executada com eficácia, de modo a que esta metodologia seja implementada com sucesso no sentido da missão do serviço que a implementa.

Deste modo consegue-se otimizar recursos e canalizar energias em prol das prioridades definidas.

O desenvolvimento e execução duma estratégia implica uma cuidada reflexão sobre as prioridades do serviço, visando a obtenção de melhores resultados na performance.

A adaptação do Balanced Scorecard ao Serviço de Patologia coloca a perspetiva clientes no topo do mapa estratégico, centrando-se na capacidade de resposta do serviço e na satisfação do cliente/utente.

De acordo com o que já foi referido, a perspetiva clientes neste contexto assume um papel de maior destaque visto a satisfação do utente ser uma prioridade sobrepondo-se aos valores financeiros.

Baseado nestes pressupostos, e numa perspetiva de médio prazo, o serviço de Patologia Clínica deve primeiramente procurar estabelecer objetivos relevantes, claros, exequíveis e mensuráveis, coerentes com a missão, visão e objetivos do hospital onde está inserido.

Seguidamente serão definidos objetivos, indicadores, metas e iniciativas em cada uma das perspetivas do Balanced Scorecard.

Perspetiva Cliente/Utente

O conceito de cliente num hospital é um pouco complexo, sendo as suas necessidades diferentes tendo em conta as especialidades médicas.

Estas idiossincrasias próprias dos doentes de cada especialidade refletem-se no Serviço de Patologia Clínica uma vez que lida com todos eles. É pois necessário uma análise abrangente das necessidades da comunidade

servida pelo hospital, partindo-se depois para uma análise mais micro, identificando objetivos mais específicos das necessidades da comunidade.

Quadro nº 7- Perspetiva Cliente/Utente: Definição de objetivos

Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Prestar serviços integrados	Agendamento dos meios complementares de diagnóstico (MCDT) para o mesmo dia	Uma deslocação ao hospital para realização de MCDT (análises clínicas, radiologia, electrocardiograma)	Informatização do serviço: agendamento e disponibilização de resultados online
Adaptar as técnicas às necessidades da comunidade/doentes alvo	Número de Técnicas diferenciadas	Mais 4 técnicas novas/ano	Caracterização da comunidade. Divulgação e elaboração de parcerias com outros laboratórios.
Satisfazer o cliente/doente	Grau de Satisfação do cliente/doente	Mais 5% de clientes utentes satisfeitos Menos 7% de reclamações contra o Serviço	Análise e aplicação de inquéritos de satisfação. Análise crítica e resposta a todas as reclamações

Fonte: Do autor, adaptado do plano de ação do Serviço de Patologia Clínica, 2011

Perspetiva Financeira

Os recursos financeiros são necessários para que qualquer empresa independentemente do seu estatuto, consiga satisfazer os seus clientes. São no caso do hospital um recurso necessário, mas restritivo, limitando e impondo critérios de eficiência.

Quadro nº 8- Perspetiva Financeira: Definição de objetivos

Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Cumprir o orçamento previsto – produtos farmacêuticos	Custo com o consumo de produtos farmacêuticos no período em análise	Cumprir o orçamento – 5%	Renegociação com fornecedores
Cumprir com o orçamento previsto – material de consumo clínico	Custo com o consumo de material clínico	Cumprir o orçamento – 5%	Renegociação com fornecedores
Cumprir com o orçamento previsto – recursos humanos	Custo com o consumo de recursos humanos	Cumprir orçamento – 5%	Rentabilização dos recursos humanos
Cumprir com o orçamento previsto – fornecimento de serviços externos	Custo com o consumo de fornecimentos e serviços externos	Cumprir com o orçamento – 5%	Renegociação com fornecedores
Cumprir a produção contratualizada	Número de análises realizadas	Aumento de 30%	Meta de acordo com as necessidades do Hospital. O Serviço não tem lista de espera

Fonte: Do autor, adaptado de plano de ação do Serviço de patologia Clínica, 2011

Perspetiva Processos Internos

Esta perspetiva está relacionada com os procedimentos utilizados pelo serviço de Patologia Clínica que definem o modo como são prestados os serviços.

Quadro nº9 – Perspetiva Processos Internos: definição de objetivos

Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Melhorar a qualidade	Acreditação	Obter a acreditação do serviço de Patologia Clínica	Elaborar e rever políticas e procedimentos de trabalho
Efetuar o levantamento de riscos (clínicos e não clínicos no serviço)	Nº de levantamentos de riscos efetuados no serviço	Aumento de 3%	Elaborar e rever políticas e procedimentos de trabalho
Implementação e monitorização de indicadores de qualidade	Nº de indicadores de qualidade implementados e monitorizados	Aumento de 2%	Monitorizar o número de reclamações Monitorizar o nº de colheitas repetidas
Assegurar a elaboração e implementação de novos procedimentos setoriais no serviço	Nº de novos procedimentos setoriais implementados no serviço por ano	Três por ano	Elaboração de procedimentos na utilização de aparelhos a colocar
Definir critérios para a repetição de análises	Número de repetições efetuadas/dia	Diminuir 5%	Formação específica na fase pré analítica. Revisão de procedimentos de manutenção diária
Implementar auditorias internas aos serviços/cuidados prestados	Número de auditorias internas realizadas no serviço	Duas por ano	Verificar a segurança de doentes e funcionários

Fonte: Do autor, adaptado de plano de ação do Serviço de patologia Clínica, 2011.

Perspetiva Aprendizagem e Crescimento

A orientação para a missão faz com que as questões relacionadas com a competência e motivação dos funcionários adquiram um papel fulcral na obtenção de resultados e alinhamento com as metas.

Nenhum serviço público conseguirá sucesso sem profissionais competentes, motivados, com condições de trabalho adequadas e onde o desenvolvimento pessoal e organizacional é valorizado.

Quadro nº 10 – Perspetiva Aprendizagem e Crescimento: definição de objetivos

Objetivos	Indicadores	Metas	Iniciativas
Investir na formação interna	Seis módulos de formação interna por ano	Ciclo formativo completo (doze horas por ano)	Elaboração de plano de formação
Estimular a flexibilidade do horário	Taxa de absentismo	Diminuir 8%	Flexibilizar os horários tendo sempre em conta as necessidades do serviço
Incrementar a satisfação profissional	Grau de satisfação profissional	Aumentar 5%	Aplicação e análise de inquéritos de satisfação profissional

Fonte: Do autor, adaptado de plano de ação do Serviço de patologia Clínica, 2011

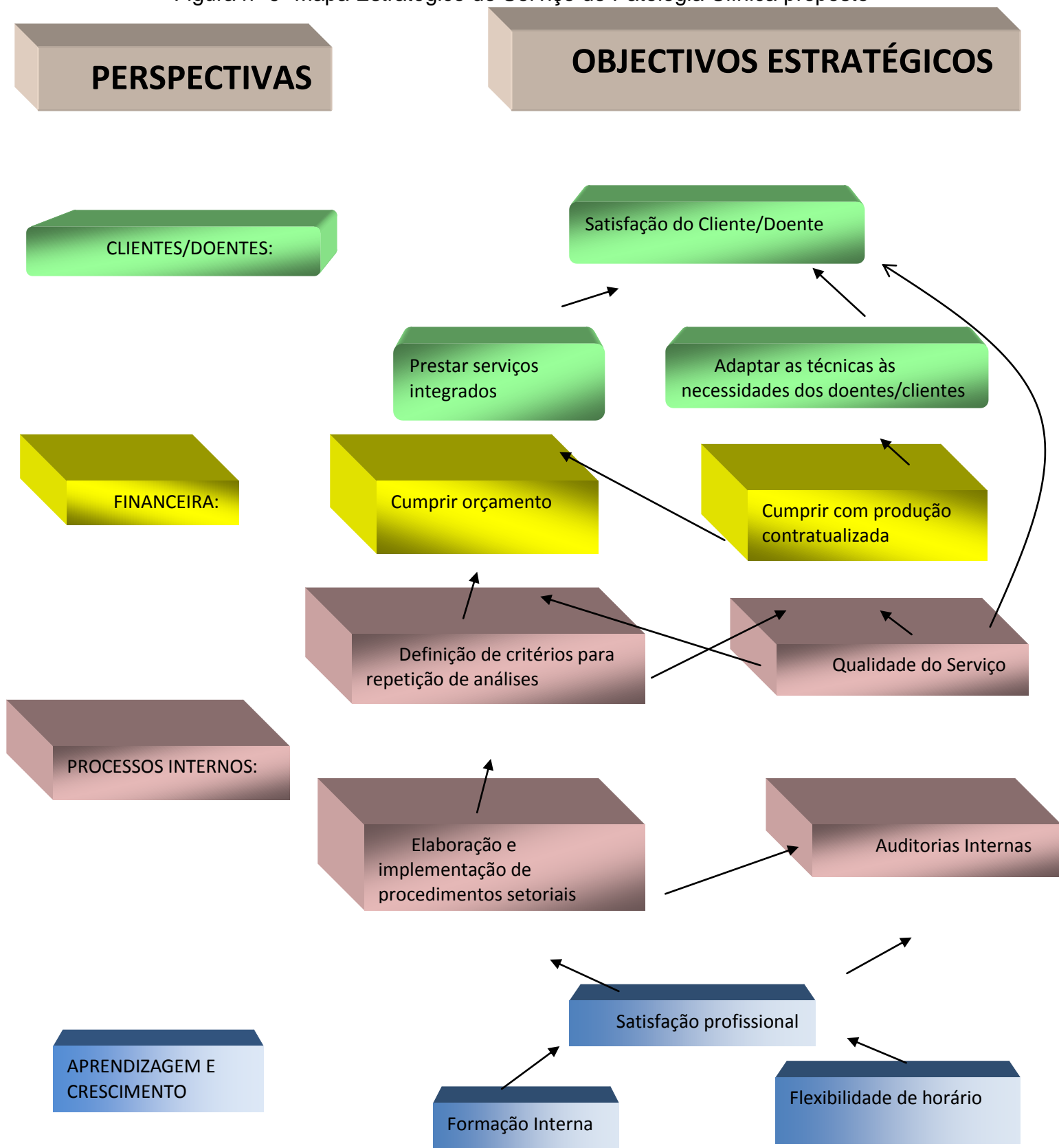
Mapa Estratégico

O mapa estratégico tem por objetivo comunicar a estratégia e traduzir a mesma em termos operacionais.

Deste modo é possível descrever a estratégia com clareza facilitando a sua gestão.

Seguidamente está representado o mapa estratégico proposto mostrando as relações causa-efeito entre os diferentes objetivos estratégicos e as diferentes perspetivas.

Figura nº 9- Mapa Estratégico do Serviço de Patologia Clínica proposto



Fonte: Do autor e adaptado de Pereira, et al., 2009/2010

Monitorização

A monitorização da performance do Serviço de Patologia Clínica consiste em acompanhar e manter o controlo sobre as atividades e os processos críticos através de indicadores da performance que alertam para as falhas do processo de implementação.

Neste âmbito é fundamental identificar as causas dos problemas explorando e analisando a informação dos resultados obtidos podendo aferir sobre as necessidades de mudança das atividades do serviço, reunindo esforços para melhorar nas áreas em que os resultados não foram satisfatórios.